

Miljøterapi – virksomme elementer i miljøterapi rettet mot behandling av psykoselidelser

Bjørn Stensrud



Mastergradsoppgave i psykisk helsearbeid ved avdeling for helse- og idrettsfag

HØGSKOLEN I HEDMARK

i samarbeid med



2007

SAMMENDRAG

Studiens hensikt er å klargjøre hva miljøterapeuter forstår som sentrale virksomme elementer i miljøterapi rettet mot mennesker med en psykoselidelse. Videre å belyse hvordan de oppfatter miljøterapiens plass i fagfeltet. Miljøterapi er kritisert for å være lite avgrenset og dårlig dokumentert. Gjennom klargjøring av terapeutiske elementer ønsker studien å styrke miljøterapi i et tverrfaglig samarbeide og bidra til et totalt sett bedret behandlingstilbud.

Studien har en hermeneutisk fenomenologisk tilnærming med vekt på en deskriptiv design. Den bygger på kvalitative forskningsintervju med fem miljøterapeuter fra en psykiatrisk sykehusavdeling. Analysen har fulgt en kvalitativ innholdsanalyse. Studien inngår som en del av et større forsknings- og utviklingsprosjekt.

Resultatene viser at relasjonen mellom personale og pasienter er grunnleggende i en virksom miljøterapi. I denne relasjonen vil personalets faglige kompetanse og personlige egnethet være avgjørende. Like viktig er det at miljøterapien åpner opp for pasientens egne erfaringer og ressurser. Miljøterapiens bidrag i psykiatrisk behandling er å etablere arenaer som sikrer pasienten sosiale erfaringer og kunnskap han trenger for å mestre livet i samfunnet. Studiens funn viser at en i miljøterapi overskrider den enkelte metode i en helhetlig og tilpasset tilnærming til pasientens problemer. Materiale bidrar til å forklare og begrunne dagens miljøterapeutiske praksis. Den nye tilførselen er å igjen løfte frem samfunnsperspektivet i en utvidet miljøterapeutisk forståelse. Studien finner en del dilemma som viser at det relasjonelle arbeidet ikke er konfliktfritt, og at miljøterapi vil formes i møte med ulike forhold på individ-, gruppe- og samfunnsnivå.

Nøkkelord

Miljøterapi, psykiatrisk behandling, tverrfaglig samarbeid, psykose og behandlende omgivelser

ABSTRACT

The aim of this study is to show what milieu therapists interpret as effective elements in milieu therapy towards people suffering from a psychosis. Furthermore to clarify how they understand milieu therapy in practice. Milieu therapy is criticized to be excessive and deficient documented. By showing the therapeutic elements the study wishes to strengthen milieu therapy in an interdisciplinary cooperation and contribute to an improved treatment.

This study has a hermeneutic phenomenologic approach with focus on a descriptive design. It is based on qualitative research interviews with five milieu therapists from a psychiatric hospital ward. The analysis has followed a qualitative content analysis. This study is part of a bigger research- and development project.

The results show that the relationship between staff and patients is fundamental in an effective milieu therapy. The deciding factors in this relationship are professional qualifications and personal skills. It is also of importance that the milieu therapy includes the patients own experiences and resources. The contributions of milieu therapy in psychiatric treatment is to establish arenas to make sure the patient get social experiences and knowledge to manage a life in the community. The study finds that milieu therapy goes beyond any methods in an integral and accommodated approach to the patients problems. The findings contribute to explain and to state the reason for today's milieu therapeutic practice. The new additions are once more to bring forward the perspectives of the community in an expanded milieu therapeutic understanding. The study finds some dilemmas which show that when working with relations conflicts may occur, and that milieu therapy will be formed facing different connections concerning individuals, groups and community.

Key words

Milieu therapy, psychiatric treatment, interdisciplinary cooperation, psychosis, and treatment environment

FORORD

Gjennom mange år i klinisk praksis har jeg erfart hvordan miljøet i seg selv både kan fremme og hemme pasienters vekst og utvikling. Jeg har mange ganger lurt på hvor bevisste vi som miljøterapeutisk personale er på å bruke de mulighetene som ligger i miljøet på en terapeutisk måte. For meg har det derfor vært et privilegium å kunne fordype meg i faglige problemstillinger slik jeg har fått muligheten til gjennom MMHC utdanningen, og særlig gjennom denne studien. Mastergradsutdanningen gjennomføres i et samarbeid mellom Høgskolen i Hedmark, Høgskolen i Vestfold og Høgskolen i Gjøvik. Det har vært spennende å være inkludert i slike sterke fagmiljø. Nå ved avslutningen er det flere jeg ønsker å takke.

Først vil jeg takke min veileder dr. polit. Kjell Kristoffersen ved Universitetet i Bergen. Du har kommet med viktige refleksjoner, kommentarer og innspill hele veien og støttet meg gjennom prosessen på en god måte.

Ved å være inkludert i Miljøterapiprosjektet gis denne studien en forankring. En takk rettes til professor Jan Kåre Hummelvoll som gjennom å være en del av Miljøterapiprosjektet har kommet med nyttige kommentarer og innspill. Takk også til medstudenter, uten dere hadde dette blitt en ensom og mindre fruktbar prosess.

Bibliotek tjenesten ved Høgskolen i Hedmark har gjennom hele studien vært serviceinnstilt og hjulpet meg med å finne frem til aktuell litteratur. En takk til dere.

En takk rettes til min arbeidsgiver som la forholdene til rette for at studiet kunne gjennomføres. En takk rettes også til informantene som sa seg villig til å delta i studien. Alle deres bidrag har vært nyttige.

Til slutt vil jeg takke min familie som har utvist stor tålmodighet gjennom et år hvor min oppmerksomhet ofte har ligget på gjennomføringen av denne studien.

Gjennom denne mastergradsoppgaven og Miljøterapiprosjektet har aktuell avdeling satt miljøterapi på dagsordenen. Det er mitt håp at disse studiene vil bidra til fortsatt interesse for å utvikle et stort og litt vanskelig felt.

INNHALDSFORTEGNELSE:

1.0 INNLEDNING	s. 1
1.1 STUDIENS FORSKNINGSSPØRSMÅL.....	s. 3
2.0 BAKGRUNN	s. 5
2.1 POSTEN OG PERSONALE.....	s. 5
3.0 TIDLIGERE FORSKNING	s. 7
4.0 TEORETISK RAMMEVERK	s. 13
4.1 MILJØTERAPI.....	s. 13
4.1.1 Miljøterapiens moderne historie.....	s. 13
4.1.2 Et terapeutisk miljø.....	s. 14
4.2 PSYKOSER.....	s. 18
4.3 HELSEFREMMENTE PROSESSER.....	s. 20
4.3.1 Recoveryprosesser.....	s. 21
4.3.2 Salutogenese.....	s. 22
4.3.3 Kort om lidelse og samfunn.....	s. 24
5.0 METODE	s. 26
5.1 DET KVALITATIVE FORSKNINGSINTERVJU.....	s. 27
5.2 STUDIENS AKSJONSMOMENT.....	s. 28
5.3 UTVALG.....	s. 29
5.4 GJENNOMFØRING.....	s. 29
5.5 ANALYSE.....	s. 30
5.6 ETISKE REFLEKSJONER.....	s. 32
6.0 RESULTATPRESENTASJON	s. 34
6.1 MILJØTERAPI: INDRE LIV I EN YTRE STRUKTUR.....	s. 35
6.1.1 Organisasjonens rammer.....	s. 36
6.1.2 Miljøterapeutisk program.....	s. 37
6.2 PERSONALE SOM REDSKAP.....	s. 38
6.2.1 Strukturbærer.....	s. 39
6.2.2 Fagperson.....	s. 40
6.2.3 Medmenneske.....	s. 41

6.3 HELSEFREMMEDE PROSESSER.....	s. 42
6.3.1 Sentrale føringer.....	s. 42
6.3.2 Pasientens historie.....	s. 42
6.3.3 Pasientens deltagelse og medbestemmelse.....	s. 43
6.4 DEN GODE RELASJON.....	s. 43
6.5 DILEMMA I MILJØTERAPI.....	s. 45
6.5.1 Sikkerhet i en miljøterapeutisk sammenheng.....	s. 45
6.5.2 Idealer og realiteter i miljøterapi.....	s. 46
7.0 DISKUSJON.....	s. 50
7.1 METODISKE REFLEKSJONER.....	s. 50
7.1.1 Generaliserbarhet, reliabilitet og validitet.....	s. 52
7.1.2 Forskning på egen arbeidsplass.....	s. 54
7.2 DISKUSJON AV STUDIENS FUNN.....	s. 56
7.2.1 Relasjonen som en grunnleggende struktur.....	s. 57
7.2.2 Indre liv i en ytre struktur.....	s. 61
7.2.3 Dilemma i miljøterapi.....	s. 64
8.0 KONKLUSJONER OG ANBEFALINGER.....	s. 67
8.1 STUDIENS BETYDNING.....	s. 67
8.2 BETYDNING FOR PRAKSIS.....	s. 69
8.3 ANBEFALINGER FOR VIDERE FORSKNING.....	s. 70
9.0 REFERANSER.....	s. 72
 VEDLEGG 1: SVAR FRA NSD.....	 s. i
VEDLEGG 2: SØKNAD TIL AVDELINGSSJEF.....	s. ii
VEDLEGG 3: SVAR FRA AVDELINGSSJEF.....	s. iv
VEDLEGG 4: SØKNAD TIL AVDELINGSSYKEPLEIER.....	s. v
VEDLEGG 5: SVAR FRA AVDELINGSSYKEPLEIER.....	s. vii
VEDLEGG 6: INFORMASJON TIL INFORMANTER OG SAMTYKKEERKLÆRING.....	 s. viii
VEDLEGG 7: INVITASJON TIL RUNDBORDSKONFERANSE.....	s. xi
VEDLEGG 8: INTERVJUGUIDE.....	s. xii

1.0 INNLEDNING

Hensikten med denne studien er å klargjøre hva miljøterapeuter forstår som sentrale virksomme elementer i miljøterapi rettet mot mennesker med en psykoselidelse. Videre å belyse hvordan miljøterapeuter forstår miljøterapiens plass i fagfeltet. Målsettingen er at systematisering av kunnskap, og refleksjon over praksis, vil gi økt miljøterapeutisk kunnskap. Den miljøterapeutiske tilnærmingen er kritisert for å være lite avgrenset og dårlig dokumentert (Delaney 1997). Med utgangspunkt i fremsatt kritikk hevder Hummelvoll (2004) at miljøterapi fortsatt er en aktuell tilnærming hvis den tilpasses dagens situasjon med korte institusjonsopphold. Innenfor denne rammen må miljøterapi videreutvikles. Ved å presisere og dokumentere de faktorene som virker terapeutisk, kan en styrke miljøterapien i et tverrfaglig samarbeid og derved bidra til et totalt sett bedre behandlingstilbud til pasientgruppen.

Psykiske lidelser handler om hvordan menneskers tanker, følelser og oppfatninger av sanseinntrykk kan skape konflikter både for dem selv og for omgivelsene. Snoek og Engedal (2004: 18) viser en dynamisk forståelse av psykiatri og psykiske lidelser når de sier at:

”Psykiatri er et medisinsk fagområde med en sykdomslære og en klassifisering tilsvarende andre medisinske fagområder. Men psykiatri er også noe annet og noe mer. Psykiatri handler om menneskers selvforståelse og om de lidelsene som oppstår når denne selvforståelsen påvirkes og tar farge av og endres i forhold til omgivelsene, enten det er i de nære relasjonene eller samfunnet som helhet”.

Utvikling av psykiske lidelser må derfor forstås som komplekse systemer hvor psykososiale oppvekstvilkår og den enkeltes livssituasjon spiller sammen med genetiske og konstitusjonelle faktorer (Bøe og Thomassen 2000). Min forståelse er at behandlingen krever en tverrfaglig tilnærming basert på en biologisk, psykologisk, samfunnsvitenskapelig og miljøterapeutisk forståelse.

Miljøterapi er tradisjonelt forstått innenfor institusjonsbehandling, og har stått sterkt innenfor voksenpsykiatrien. Den utgjør en tidsmessig stor del av det behandlingstilbudet pasienten mottar i institusjon. Et miljø vil ikke automatisk være terapeutisk, terapeutiske elementer må skapes gjennom etablering av positive og utviklingsfremmende systemer og relasjoner (Vatne

2006). Pasienten trenger en miljøterapi som setter han i stand til å arbeide med egne helsefremmende prosesser. Dette krever at det miljøterapeutiske personale utvikler en bevissthet om egne holdninger og egen forståelse i en refleksjon over eget fag. Ledelsen må på sin side legge forholdene til rette for en sterk og levende miljøterapi. Det betyr å bidra til at det arbeides frem en felles faglig forståelse samt å sikre tilstrekkelige behandlingsressurser.

Flere store samfunnsreformer siden 1980 tallet har hatt som siktemål å skape et åpnere samfunn der mennesker med psykiske lidelser integreres som en selvfølgelig del av lokalsamfunnet. Disse reformene har hatt stor betydning for hvordan det psykiatriske behandlingstilbudet har utviklet seg. Karlsson (1997) beskriver hvordan en til langt inn i 1950 årene hadde en individualpsykologisk og biologisk tilnærming til psykiske lidelser, og hvor det relasjonelle aspekt ble viet liten oppmerksomhet. Helsevesenet bygget på en autoritær og paternalistisk tenkning hvor pasienten bare i liten grad ble inkludert. Dette helsevesenet er gradvis avløst av et helsevesen som vektlegger den enkeltes autonomi og rettigheter. Pasientrettigheter, brukermedvirkning og krav til informasjon og samtykke legges til grunn når dagens helsevesen organiseres. Endret syn på behandling har ført til nedbygging av de store psykiatriske institusjonene. Målsettingen er å utarbeide lokalbaserte tjenestetilbud tilpasset den enkelte pasients omsorgs- og behandlingsbehov (Snoek og Engedal 2004).

En sentral forutsetning for å kunne behandle pasienten på et lavest mulig omsorgsnivå er at lokalsamfunnet har tilstrekkelig kompetanse og økonomiske ressurser til å sikre en god faglig oppfølging, sysselsetting og behandling (Robberstad 2002). Det må også sikres gode samarbeidsrelasjoner mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. Stortingsmelding 25 (1996-97) *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene* satte et kritisk søkelys på norsk psykiatri. Stortingsmeldingen slo fast at pasientene ikke fikk den hjelpen de trengte, personalet følte ikke at de hadde mulighet til å gjøre en god nok jobb og myndighetene maktet ikke å gi befolkningen et fullgodt tilbud. Meldingen la vekt på hva som måtte endres i det psykiatriske behandlingstilbudet. En særlig endring i forhold til tidligere psykiatriplaner var at brukerperspektivet kom sterkere inn. Stortingsmelding 25 er fulgt opp av Stortingsproposisjon 63 *Opptappingsplan for psykisk helse 1999-2006* (1997-98) der det slås fast at tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser skal styrkes betydelig i planperioden. Opptappingsplanen har som utgangspunkt et ønske om en samfunnsutvikling med større vekt

på kulturelle og menneskelige verdier. Videre en desentralisering av behandlingstilbudet, og en utvikling der familie og nærmiljø trekkes mer aktivt med i behandlingen.

Den økte demokratiseringen av helsevesenet hvor brukermedvirkning er en sentral verdi stiller nye krav til helsevesenet. Helsepersonell må på en helt annen måte enn tidligere formidle komplisert kunnskap til pasienten på en forståelig måte. Særlig ligger det store utfordringer i forhold til mennesker som har kontakt med helsevesenet over lang tid. Dette er bakgrunnen for at individuell plan ble innført som en pasientrettighet i 2001. Ordningen er fra 2005 utvidet gjennom *Individuell plan – Veileder til forskrift om individuell plan* (Sosial- og helsedirektoratet 2005). Hensikten med individuell plan er at mennesker som har behov for langvarige og koordinerte tjenester skal sikres en helhetlig plan som klargjør ansvarsforhold og synliggjør videre oppfølgings- og behandlingstiltak.

Desentraliseringen av psykiaritjenesten har medført at psykiatrisk hjemmesykepleie, poliklinikker og distriktpsikiatriske senter har fått et hovedansvar for behandling (Snoek og Engedal 2004). Disse endringene vil gi konsekvenser for miljøterapien slik den er utformet i institusjonen, men også for miljøterapeutiske rammer generelt i behandling. I en desentralisert psykiatri lever mennesker med psykoselidelser hoveddelen av sitt liv i lokalsamfunnet. Pasientens problemer kan derfor ikke betraktes isolert fra den sammenheng de lever i. Utfordringen blir å utvikle en miljøterapi hvor pasientens naturlige miljø representert ved familie, arbeid/sysselsetting og nærmiljø brukes som ramme for behandlingsarbeidet.

1.1 STUDIENS FORSKNINGSSPØRSMÅL

Gjennomgang av fag- og forskningslitteratur viser at det finnes mye kunnskap om miljøterapi. Den viser også at fremsatt kritikk er relevant og at miljøterapien trenger å vise og begrunne tydeligere hva som er det terapeutiske innholdet. Ikke noe miljø er terapeutisk for alle pasientgrupper. En aktuell miljøterapi rettet mot mennesker med en psykoselidelse må derfor tilpasses dagens desentraliserte psykiatri. Behandlingen må individualiseres og gruppetilpasses med utgangspunkt pasientenes funksjonsnivå og behov for kompetanse til å mestre et liv i samfunnet. Dette leder frem til studiens forskningsspørsmål:

1. Hva forstår miljøterapeuter som sentrale virksomme elementer i miljøterapi rettet mot mennesker med en psykoselidelse?
2. Hvordan forstår miljøterapeuter miljøterapiens bidrag i behandlingen av psykoselidelser?

Miljøterapeut er ikke en egen profesjon, men utgjøres av personale med en treårig høgskoleutdanning. Sykepleiere, vernepleiere, ergoterapeuter, fysioterapeuter, sosionomer og pedagoger er alle eksempler på yrkesgrupper som kan være miljøterapeuter. Med ulik utdanningsbakgrunn vil fokuset i miljøterapi kunne være noe forskjellig. Hummelvoll (2004) hevder at psykiatrisk sykepleie tradisjonelt kan knyttes sterkt til faglig og administrativ ledelse av miljøterapi. Psykiatrisk sykepleier vil derfor ofte ha et hovedansvar for å utforme et terapeutisk miljø. Dette er sammenfallende med min forståelse. Peplau (1988) forstår psykiatrisk sykepleie som en terapeutisk og mellommenneskelig prosess. Hummelvoll (2004) definerer psykiatrisk sykepleie som en tilnærming som spenner fra det individuelle og relasjonelle til det å utvikle et miljø som gir grobunn for vekst og utvikling. Disse to forståelsene vil sammen med det teoretiske rammeverket representere et grunnlag for det videre arbeidet.

Videre i denne mastergradsoppgaven vil kapittel to presentere studiens bakgrunn. Kapittel tre trekker frem aktuell tidligere forskning. I kapittel fire klargjøres det teoretiske rammeverket. Her vil relevant teori som bidrar til å belyse hvordan pasienten kan komme inn i gode og helsefremmende prosesser trekkes inn. Kapittel fem er et metodekapittel. Studien bygger på en hermeneutisk fenomenologisk metode og en deskriptiv design. Datainnsamlingen er gjort gjennom kvalitative intervju med erfarne miljøterapeuter fra psykosefeltet. Intervjuene er etterfulgt av en rundbordskonferanse. I kapittel seks presenteres studiens funn gjennom en strukturell analyse. Disse diskuteres i kapittel syv opp mot det teoretiske rammeverket og funn i annen forskningslitteratur. I kapittel åtte gjøres en oppsummering hvor jeg konkluderer funnene, ser på studiets implikasjoner for praksis og gir videre anbefalinger til forskning innenfor miljøterapi. I fremstillingen vil mennesker med en psykoselidelse benevnes som pasienter. Miljøterapeut og personale brukes om hverandre for å gi en språklig variasjon.

2.0 BAKGRUNN

Dette kapitlet vil presentere studiens bakgrunn. Min erfaringsbakgrunn er fra psykosefeltet i spesialisthelsetjenesten. Med utgangspunkt i min utdanning som psykiatrisk sykepleier har jeg fra ulike posisjoner vært opptatt av den miljøterapeutiske behandlingen pasientene mottar. I forhold til en del pasienter har jeg erfart hvor vanskelig det kan være å komme i posisjon til et forpliktende samarbeid. Mine tidligere spørsmål var om personale i for stor grad ble fanget av pasientenes defensive strategier og gjennom dette blir utydelige på videre behandlingsmålsettinger. Videre hvordan miljøterapeutisk tenkning fremlegges og vektlegges i et tverrfaglig samarbeid. I tillegg om miljøterapien er faglig godt nok forankret og tilstrekkelig differensiert til å møte pasienten på en måte som sikrer en terapeutisk relasjon (Stensrud 1999).

Den aktuelle avdelingen ønsket å sette fokus på disse spørsmålene. Det resulterte i et forsknings- og utviklingsarbeid rettet mot tre poster kalt *Miljøterapiprosjektet* (Prosjektbeskrivelse Miljøterapiprosjektet 2007). Prosjektet gjennomføres i samarbeid med Høgskolen i Hedmark og baseres på et handlingsorientert forskningssamarbeid. Hensikten er å bidra til kompetanseheving hos personale samtidig som en gir et bedre miljøterapeutisk behandlingstilbud til pasienter med en alvorlig psykisk lidelse og et samtidig rusmisbruk. Denne mastergradsoppgaven vil inngå som et selvstendig bidrag under Miljøterapiprosjektet. Problemstillingen omhandler også miljøterapi, men målgruppen er begrenset til mennesker med en psykoselidelse. Innenfor psykosefeltet er et samtidig rusmisbruk noe en finner i stadig økende grad (Linde 2004). Rusmisbruk vil derfor være et bakteppe i forståelsen, men ikke bli behandlet spesielt. Det hadde vært interessant å belyse dette tema mer grunnleggende, men rammene i denne studien gir ikke rom for det.

2.1 POSTEN OG PERSONALE

Forskningsfeltet er en lukket psykosepost innenfor spesialisthelsetjenesten. Posten er valgt fordi den inngår i Miljøterapiprosjektet. Min tidligere tilknytning til posten er funksjonen som avdelingssykepleier over en femårsperiode frem til 2003. I dag arbeider jeg i en overordnet lederstilling i avdelingen hvor posten inngår som en del av mitt ansvarsområde. Min bakgrunn som leder krever en bevissthet og refleksjon i forhold til min nåværende rolle som forsker.

Postens målgruppe er pasienter med en alvorlig sinnslidelse, og hvor symptombildet preges av høy angst, paranoide reaksjoner og ofte dårlig sosial og praktisk fungering. Posten har åtte pasientplasser og en stillingsramme på 30 stillinger. Personale består av overlege, psykolog, sykepleiere, vernepleiere og hjelpepleiere - med eller uten videreutdanning. I tillegg miljøterapeuter med minimum treårig høgskoleutdanning og noen ufaglærte miljøassistenter. Posten har tilknyttet sosionom, og er delt i behandlingsgrupper som ledes av hver sin koordinator. Det har de siste årene vært et spenningsfelt mellom medisinske, psykologiske og miljøterapeutiske forståelses- og arbeidsmodeller i posten. Dette har gitt seg utslag i konflikter som personale nå bearbeider aktivt for å utforme en felles faglig plattform.

Posten har flyttet inn i nye lokaler med enerom til alle pasienter, store fellesarealer og gode kontorer, samtalerom og møtelokaler. Posten disponerer flere treningsleiligheter som ligger på sykehusområde, og personalet har mye erfaring med å bruke disse som en del av behandlings- og rehabiliteringsarbeidet. Postpersonale har også mye erfaring fra samarbeid med andre sykehusposter og kommunehelsetjenesten relatert til krevende utskrivningsprosesser. Behandlingstilnærmingen fremstår som strukturert med aktiv bruk av dags- og ukeplaner. Posten benytter sysselsettingstiltak både internt i sykehuset og eksternt i lokalsamfunnet.

3.0 TIDLIGERE FORSKNING

Forskning krever at forskeren gjør seg kjent med hva slags kunnskap som foreligger innenfor det området han ønsker å gå inn i. På grunnlag av eksisterende kunnskap vil nye spørsmål formuleres. På denne måten vil forskningen bidra til noe mer enn usammenhengende resultater. Hellevik (2003) sier at idealet er en kumulativ forskning hvor enkeltresultater knyttes sammen til teorier og hvor grensene for sikker viten systematisk utvides.

I fag- og forskningslitteraturen¹ finner en miljøterapi beskrevet i teoretisk litteratur fra ulike fagdisipliner. Bøkene bygger på erfaringskunnskap som knyttes til ulik teoretisk forståelse. Av sentrale norske forfattere vil jeg henviser til Strand (1990), Andersen m.fl. (1997a), Bøe og Thomassen (2000), Larsen (2004), Hummelvoll (2004) og Linde og Nordlund (2006). Den danske psykiateren Lars Thorgaard (2007) har kommet med et fem binds verk som omhandler relasjonsbehandling og miljøterapi. Her viser han hvordan miljøterapi kan organiseres rundt aktiviteter som virker egostyrkende. Det vil være aktiviteter som bidrar til at pasienten blir sett og forstått, at miljøpersonale fremstår som gode og trygge rollemodeller, at miljøet organiseres slik at det kan romme pasientens ulike atferdsuttrykk og at aktivitetene øker pasientenes opplevelse av mestring. Hensikten er å øke pasientens selvtilitt og selvfølelse.

Innenfor forskningslitteratur vil jeg trekke frem arbeider som gir viktige innspill i forhold til studiens forskningsspørsmål. John Gunderson skrev i 1978 artikkelen *Defining the therapeutic processes in psychiatric milieus*. Etter lang tid med nedslående resultater av miljøbehandling henviser Gunderson i sin artikkel til nyere arbeider som viser at effekten av miljøbehandling kan være like god, og til og med bedre for noen pasientgrupper, enn medikamentell behandling. De motstridende funnene som foreligger mellom nyere og eldre forskning om miljøterapi mener Gunderson peker på behovet for å komme frem til bedre definisjoner av de

¹ I forskningsarbeidet har jeg benyttet bibliotekjennesten ved Høgskolen i Hedmark. Litteratursøk er gjort i ulike databaser: SveMed, Cinahl, Psycinfo, Medline, Isi web of knowledge og Bibsys. Søkordene er fremkommet gjennom arbeidet med forskningsspørsmålene. Jeg har foretatt to litteratursøk. I det første litteratursøket var søkeordene i ulike kombinasjoner (no/eng): *miljøterapi*, *psykiatrisk behandling*, *tverrfaglig samarbeid* og *psykose*. I det andre søket koblet jeg til *behandlende omgivelser* og det ga flere treff. I tillegg har jeg arbeidet med utgangspunkt referanselister i litteratur. Utvalget av litteratur er gjort på bakgrunn av forforståelse og det jeg oppfatter som sentral teori innenfor miljøterapi. Noe av litteraturen ligger noen år tilbake i tid, men er etter min mening fortsatt aktuell og henvises til i nyere litteratur. Jeg har også inkludert brukerperspektivet fordi en virksom miljøterapi må tilføre pasienten kunnskap han trenger for en bedret fungering.

prosesser som gjør et miljø terapeutisk. Han understreker at ingen spesiell type terapeutisk virksomhet er ideell for alle pasienter. Et og samme miljø kan heller ikke optimalt utøve alle typer terapeutiske funksjoner. Miljøterapi i Gundersons forståelse relaterer seg til de former for miljøbehandling der miljøet i seg selv erkjennes som et aktivt terapeutisk element for å fremme og muliggjøre terapeutiske forandringer i positiv retning. Artikkelen beskriver fem miljøterapeutiske prosesser som han mener finnes i alle avdelingsmiljø. Prosessene er *beskyttelse, støtte, struktur, engasjement og gyldiggjøring*.

Svein Friis (1984) gjennomførte en studie hvor han så på hvilket behandlingsmiljø som var gunstige for ulike pasientgrupper. Hans erfaringsbaserte utgangspunkt var at et miljø som for noen pasienter var terapeutisk kunne være direkte uterapeutisk for andre. Funnene viste at utformingen av behandlingsmiljøet måtte baseres på pasientens grad av patologi og interesse for selvforståelse. Disse to områdene ville så innvirke på valg av behandlingsmetoder og varighet av oppholdet. Gjennom bruk av evalueringsinstrumentet Ward Atmosphere Scale fant han at psykotiske pasienter profiterte på et behandlingsmiljø preget av høyt nivå av støtte, praktisk orientering, orden og organisasjon og programklarhet. Det var også gunstig med et lavt nivå av sinne og aggresjon. Psykotiske pasienter klarte best å nyttiggjøre seg miljøer som var velstrukturerte med individualiserte opplegg basert på en til en kontakt.

Studiene til Friis og Gunderson har vært viktige i forståelse og utforming av dagens miljøterapi. I Norge har et behandlingsmiljø i Stavanger basert på deres arbeider sammenfattet sentrale temaer innenfor miljøterapeutisk tenkning i to hefter: *Miljøterapeutiske prosesser i en psykiatrisk avdeling* (Bøe m.fl. 2003) og *Miljøterapi – en modell for tenkning, holdning og handling i en psykiatrisk institusjon* (Bratheland m.fl. 2004).

Kathleen R. Delaney (1997) presenterer i artikkelen *Milieu Therapy: A Therapeutic Loophole* en litteraturgjennomgang knyttet til forskning på miljøterapi, og viser hvordan miljøterapi historisk kan spores tilbake til tre påvirkninger: en analyttisk/interpersonlig opprinnelse, en forståelse av samfunnet som lege (det terapeutiske samfunn) og en sosiologisk tolkning av miljødynamikk. Dagens miljøterapi kan forstås som en syntese av disse tre tilnærmingene. Delaney hevder en alternativ forståelse; tilnærmingene har gitt opphav til tre ulike versjoner av miljøterapi. Hver av forståelsene har sitt eget utgangspunkt, men blandes ofte sammen

under fellesbetegnelsen miljøterapi. Dette har ført til at miljøterapi mangler en klar og allment akseptert definisjon, det er ingen konsensus innen forskningsfeltet om hva som er de essensielle dimensjoner ved begrepet og ingen av de ulike tolkningene av begrepet er operasjonelt testet. Konsekvensen er at miljøterapi oppfattes å være det meste av det som skjer i miljøet rundt pasientene. Det savnes en teori som viser hvordan miljøterapi virker. Delaneys anbefaling er at personale istedenfor å fokusere på miljøterapi retter oppmerksomheten mot å forklare de kliniske funksjonene og miljøpersonales rolle i disse.

Jan Kåre Hummelvoll gjorde i 1998 resyméstudien *Internasjonalt utsyn – resymé av forskning og fagutvikling i psykiatrisk sykepleie*. Hans utgangspunkt var at miljøterapi er en av tre sentrale tradisjoner innenfor psykiatrisk sykepleie. Hummelvolls konklusjon var at miljøterapi fortsatt er en aktuell tilnærming, men at en godt begrunnet kritikk er fremsatt i forhold til om miljøterapi kan fungere som en gyldig praksisteori så lenge det teoretiske grunnlaget er så svakt avklart. Miljøterapifeltet ligger derfor åpent for både teoretisk og vitenskapelig gransking og trenger å videreutvikles for å skape holdbare praksisteorier.

Hubble et al. (1999) studerte bedringsprosesser. De viser i boka *The Hearth and Soul of Change - What Works in Therapy* til forskning basert på både kvalitative og kvantitative studier. Studiene viser at i bedringsprosesser finnes det fire hovedfaktorer som forklarer en tilfriskning. Pasientens styrke sammen med støtte fra omgivelsene og egen deltagelse i sosiale sammenhenger kan forklare førti prosent. Relasjonelle kvaliteter slik som empati, omsorg, varme, akseptasjon, bekreftelse og oppmuntring representerer tretti prosent. Håp, forventninger og det at det skjer noe utgjør femten prosent. Det samme gjør prosedyrer relatert til bestemte metoder. Hovedvekten i tilfriskningen ligger altså på pasientens egen styrke, støtte fra omgivelsene og i positive relasjonelle erfaringer.

Mye av litteraturen om miljøterapi fokuserer mer på personalets rolle i å skape et terapeutisk miljø enn på pasientenes opplevelse av det. Artikkelen *What's Therapeutic About The Therapeutic Milieu* (Thomas et al. 2002) bygger på intervjuer av åtte innlagte psykotiske pasienter. I artikkelen viser forfatterne hvordan opphold i institusjon kan representere en tilflukt bort fra selvdestruktivitet. For pasientene var sentrale tema det å bli likt, og det at oppholdet kunne gi muligheter for kontakt og sosiale erfaringer. Den hverdagslige kontakten

med andre ble vurdert som viktig, men det ble også uttrykt et ønske om en dypere kontakt med personale, og en behandling med mer vekt på innsiktsorienterte terapier. Selv om pasientenes behov for sikkerhet, struktur og medikasjon ble møtt førte behandlingen ikke til at pasienten fikk en økt forståelse av egne dysfunksjonelle atferdsmønstre. Artikkelen konkluderer med at for lite blir gjort i forhold til å forberede pasienten på en mer selvstendig tilværelse utenfor sykehuset. Mer vekt må legges på relasjonen mellom personale og pasient, og på det å utvikle en terapeutisk allianse.

Miljøterapi har en historie med mye disiplinering, og hvor fokuset har ligget mer på en oppdragende enn på en behandlende funksjon. Solfrid Vatne gjennomførte i 2003 et doktorgradsarbeid med tema *Korrigere og anerkjenne. Sykepleieres rasjonale for grensesetting i en akuttpsykiatrisk behandlingspost*. Studiet fokuserer på grensesetting som er et behandlingstiltak innenfor miljøterapi. Hennes oppfatning er at miljøterapi stiller bestemte krav til relasjonen mellom pasient og miljøpersonale. Hun fant to alternative perspektiver på grensesetting, et korrigerende og et anerkjennende perspektiv. Det anerkjennende perspektivet var svakere utviklet hos sykepleierne hun studerte. Konsekvensen var at pasientene i miljøterapien opplevde å bli krenket, og at sykepleierne ikke nådde uttalte målsettinger om å vise pasienten respekt og anerkjennelse. Respekt handler om å behandle pasienten som et menneske lik seg selv til tross for avvikende atferd. Det å respektere pasienten betyr å ta hensyn til pasientens rett til selvbestemmelse. Hun fant at en kombinasjon av en oppdragende funksjon og svak faglig kompetanse pekte i retning av et korrigerende perspektiv. Det anerkjennende perspektivet handler om å bekrefte pasienten som et selvstendig individ til tross for sin lidelse. Psykisk lidelse representerer en sårbarhet, pasienten har et skjørt selvilde og trenger bekreftelse på områder som mestres. Dette kan bare ivaretas gjennom en anerkjennende tilnærming. Det å håndtere disse motsetningene stiller krav til faglig kvalitet i miljøterapi. I et behandlingsmiljø kan det oppstå en forventning om at alt personale uansett utdanning og erfaring skal kunne gå inn i alle typer oppgaver. En slik tenkning kan true den faglige kvaliteten og føre til at en havner på en minimumsstandard som styres mer av regler enn profesjonell kompetanse og verdier (Vatne 2006).

Borg og Topor gjennomførte i 2003 forskningsprosjektet *Virksomme relasjoner. Om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser*. De sier at (2003: 8):

”Tittelen virksomme relasjoner peker på at det å komme seg gjennom en alvorlig psykisk lidelse i stor grad handler om samspill med dem og det som er rundt. Både menneskelige og åndelige forhold og materielle og sosiale vilkår fremstår som vesentlige. Det handler om å finne og holde fast på fagfolk eller andre som kan hjelpe til gjennom krevende og smertefulle livssituasjoner. Vi er alle sosiale vesener som utvikler oss gjennom kontakt og samvær med andre. Dette gjelder også mennesker som har en alvorlig psykisk lidelse”.

Studien bygger på intervjuer med femten personer med en alvorlig psykisk lidelse og hadde til hensikt å finne ut mer om hva som hjelper; hva bidrar til bedring ut fra pasientens perspektiv? Viktige funn var det å bruke tid, få anerkjennelse for å være mer enn lidelsen, få erfaringer fra samfunnslivet og det at hjelp må tilbys på pasientens egne premisser.

Litteraturgjennomgangen har gitt få funn innenfor nyere forskningslitteratur. Det er til å undres over at en tilnærming som er så mye brukt er så dårlig dokumentert gjennom vitenskapelige arbeider. Grunnene til dette kan være flere. Etter en intensiv miljøterapeutisk periode på 1960 og 70 tallet ble det utover på 70 tallet utviklet nye individualterapeutiske metoder. Karlsson (1997) hevder at psykiatrien delte seg i en individualterapeutisk og en miljøterapeutisk retning. Legene og psykologene valgte et individfokus, og dette perspektivet ble det primære mens miljøterapi ble oppfattet som et supplement. Vatne (2006) konkluderer med at det er gjort lite forskning på miljøterapi, fokus har vært mer på individuelle terapier. Larsen (2004) konkluderer med det samme. I tillegg sier han at miljøterapiens manglende status kan forklares ved at den representerer et komplekst og vanskelig felt å forske på.

I litteraturen som finnes er relasjonelle forhold vektlagt. Med utgangspunkt i dagens psykiatriske praksis savnes betydningen av brukermedvirkning og inkludering av lokalsamfunnet i et miljøterapeutisk perspektiv. Relasjonens sentrale rolle støttes av Røssberg (2005) som viser at relasjonen mellom pasient og miljøpersonale er viktig i miljøterapi. Relasjonstenkningen har sitt utgangspunkt i et helhetlig menneskesyn og kan forstås med utgangspunkt i Bubers beskrivelser av jeg-du relasjonen og det mellommenneskelige (1992, 1995). Sentrale begreper er likeverd, pasienten som person, gjensidighet og delaktighet. Relasjon forstås som en dypere kontakt mellom to personer der det ses et unikt samspill i en konkret sosial situasjon. Det er først snakk om en sosial relasjon når den ene ser den andre som en person (Møgelsvang og Dalsgaard 2006). Vatne (2006: 104) formulerer det slik:

”En relasjonell modell for psykisk helsearbeid vil si at relasjonen oppfattes som sentral både i utvikling og bedring av psykiske lidelser. En hjelper som arbeider innenfor et relasjonelt perspektiv vil fokusere på hvordan han/hun kan forstå pasientens atferd i samspill med andre og seg selv, og hvordan han/hun gjennom relasjonen kan skape lindring av lidelsen og opplevd bedring hos pasienten”.

Andre tema som er sentrale i litteraturen er strukturelle forhold, grunnlagsforståelse og hvordan en tilnærming må ta utgangspunkt i pasientens situasjon og tilgjengelige ressurser. En forståelse av kunnskap er også viktig. Hatling og Østbye (1998: 195) sier at: *”Profesjonell yrkesutøvelse består i å velge ut den relevante delen av kunnskapsbasen og bruke den i praktisk virksomhet”*. Hummelvoll (2003) drøfter kunnskapsbegrepet og poengterer at kunnskap består av teoretisk kunnskap, praktisk kunnskap og kunnskap basert på erfaring. Miljøterapeuten må bruke alle disse kunnskapsformene for å utvikle et terapeutisk miljø som muliggjør vekst og utvikling.

4.0 TEORETISK RAMMEVERK

Dette kapitlet vil presentere teoretiske perspektiv relatert til studiens forskningsspørsmål. Erfaringene fra det terapeutiske samfunn gir et viktig grunnlag til forståelsen. Dagens miljøterapi vil bygge mer på en individuell tilnærming, men må likevel inkludere samfunnsperspektivet. Psykodynamisk teori viser hvordan mennesker kan utvikle en sårbarhet som sammen med arv, konstitusjon og miljø kan legge grunnlaget for utvikling av en psykoselidelse. Mennesket står i et dynamisk forhold til sine omgivelser. Både miljøet, og hvordan menneske forholder seg til det, vil påvirke utviklingen av helsefremmende prosesser. Recoveryprosesser og salutogenese bringer inn viktig kunnskap om hvordan pasienten kan bruke egne krefter i helsefremmende retning. De ulike tilnærmingene vil hvile på grunnleggende antagelser om virkeligheten og sammenhenger i hverdagen (Andersen 1997b). For personale er det viktig å reflektere over hvilken tilnærming som samsvarer best med egne verdier, erfaringer og faglige ståsted. Dette av hensyn til egen faglige bevissthet, og for å kunne fungere i et tverrfaglig samarbeide. En miljøterapeutisk tilnærming vil i tillegg kreve en felles grunn- og oppgaveforståelse (Hummelvoll 2004).

4.1 MILJØTERAPI

Et miljø vil være det som omgir oss og som vi er en del av, og må forstås innenfor en sosial og kulturell sammenheng. Miljøterapi er satt sammen av ordene miljø og terapi. Terapi forstås som behandling av en sykdom, lidelse eller funksjonssvikt. I denne sammenhengen vil det terapeutiske vises ved at tilnærmingen gir muligheten til å lære noe om seg selv eller andre, og gjennom dette utvide egne problemløsningsmetoder. Miljøterapi blir da at omgivelsene under visse betingelser kan virke behandlende på sykdom.

4.1.1 Miljøterapiens moderne historie

Dagens miljøterapi bygger på erfaringer gjort fra det terapeutiske samfunn på 1960 og 70 tallet. Det terapeutiske samfunn var tenkt som en miniatyrytgave av storsamfunnet, men uten storsamfunnets uheldige sider (Karlsson 1997). Et sentralt navn innenfor denne tenkningen var den skotske psykiateren Maxwell Jones. Hans bok *Det terapeutiske samfunn* (1971) beskrev hovedprinsippene i det terapeutiske samfunn. Pasienter og personale skulle arbeide mot felles mål. Miljøet skulle være demokratisk organisert og preget av åpen kommunikasjon,

tillitt, likhet og solidaritet. Alle pasienter skulle være frivillig innlagt. Psykiske problemer ble oppfattet som samspillproblemer, og gruppen ble derfor det førende organisatoriske prinsipp. Brudal (1989) henviser til psykiateren Thomstad som formulerte fire sentrale målsettinger i det terapeutiske samfunn; å skape økt kommunikasjon, økt ansvar hos alle, økt aktivitet og økt kontakt ut mot samfunnet. Det terapeutiske samfunn representerte en humanisering av psykiatriske sykehusmiljøer og bygget i stor grad på en sosialpsykiatrisk tenkning. Det kom som en reaksjon på de hierarkiske organisasjonsmodellene som til da hadde preget psykiatrisk behandling.

Det terapeutiske samfunn ble etter hvert kritisert. En innvending var at en del pasientgrupper manglet det minimum av sosial kompetanse og personlige ressurser som krevdes for å kunne nyttiggjøre seg det terapeutiske samfunn. En annen var at tilnærmingen la mindre vekt på de intrapsykiske kreftene i behandlingsarbeide. Vaglum m.fl. (1984) hevder at den sterke vektleggingen av miljøets betydning førte til et kompromiss mellom fagfolk med ulik teoretisk forankring. Konsekvensen ble en overforenkling av miljøterapeutisk teori og delvis neglisjering av de irrasjonelle kreftene som kan spille seg ut i et avdelingsmiljø. Organisasjonen og gruppa ble fokusert, de individuelle perspektivene var mindre tilstede. Han viser videre til at det terapeutiske samfunn med vekt på sine demokratiske prinsipper kunne føre til en opphopning av uproduktive møter og ukontrollerte gruppeprosesser.

Organisasjonsendringer på slutten av 70 tallet vanskeliggjorde arbeid innenfor rammene av det terapeutiske samfunn. Sektoransvar for alle pasienter presset frem funksjonsdelte avdelinger, miljøterapien måtte tilpasses de enkelte pasientgrupper, og prinsipper relatert til mer individualiserte arbeidsmåter ble igjen rådende (Hummelvoll 2004).

4.1.2 Et terapeutisk miljø

En funksjonell miljøterapi tar utgangspunkt i pasientens problemområder, det terapeutiske idegrunnlaget, personalets kompetanse og de fysiske rammene (Dam 2003). Den kan forstås med utgangspunkt i organisasjonsteori og sosialpsykiatri. Inn i denne strukturen integreres en systemteoretisk og psykodynamisk tenkning (Larsen 2004). Metoder som arbeider med å skape vekst og utvikling gjennom å etablere tillitt, tilknytning og trygghet tar utgangspunkt i en psykodynamisk forståelse. En systemisk tilnærming vil vektlegge relasjonen og mønstre i

kommunikasjon og samhandling. Sosialpsykiatrien belyser samspillet mellom individ og samfunn. Miljøterapien benytter på denne måten aktuelle teoretiske modeller til å forklare og begrunne de miljøterapeutiske intervensjonene (Bjørnstad 1997). Den tar ikke utgangspunkt i en spesiell metode, men rommer et utall av både planlagte og mer spontane metoder. Denne organiseringen gjør det mulig å utnytte samhandling, aktiviteter, det fysiske miljøet og hele behandlingssystemet på en terapeutisk måte. Miljøterapi kan defineres som:

” Miljøet skapes av personalets holdninger, handlinger, ytringer, tanker og følelser, slik disse viser seg i samspill med pasientene og oppleves av disse. Miljøet skapes også av bidrag fra pasienter og personale innenfor fysiske bygningsmessige og rommessige rammer, hvor også bygningens beliggenhet og fysiske omgivelser er en virksom faktor. For mennesker med psykisk sykdom er miljøterapi å være og handle i og utenfor postmiljøet over tid” (Bratheland m.fl. 2004:5).

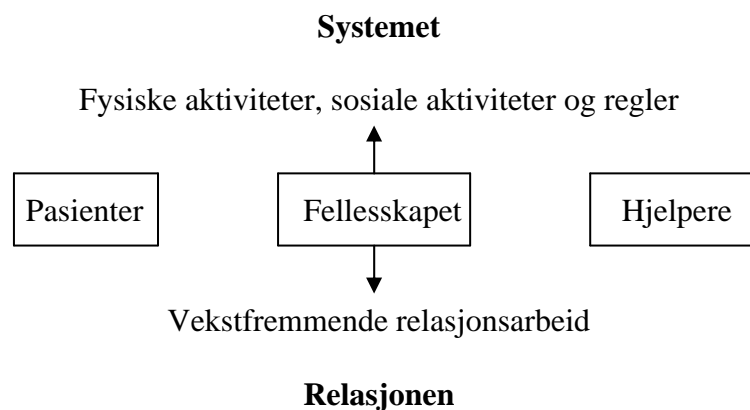
”Miljøterapi innebærer en reflektert, aktiv og kreativ nyttiggjørelse av de til enhver tid tilgjengelige ressurser i en gitt situasjon. Hensikten er å legge til rette for utvikling, vekst og modning, å gi gode og overførbare relasjonserfaringer og derigjennom fremme og tydeliggjøre samhandlingsmønstre” (Andersen 1997a:12).

Den første definisjonen vektlegger et gjensidig samspill mellom pasienter, personale og fysiske strukturer. Definisjonen viser at både det som skjer innenfor institusjonen, og i samfunnet utenfor er av betydning. Den andre definisjonen trekker frem det den første mangler; kvaliteten på innholdet i miljøterapi. Her legges det vekt på å bruke tilgjengelige ressurser. Det vil jeg forstå som behandlingsressurser, fysiske ressurser og ikke minst pasientens egne ressurser. Miljøterapi med utgangspunkt denne definisjonen vil være en systematisk bruk av interaksjonen mellom pasient og personale.

Begge definisjonene viser til betydningen av det fysiske miljøet. Strand (1990) mener miljøet for psykosepasienter bør være relativt begrenset samtidig som det har rom både for aktivitet og hvile. Planløsningen bør være slik at den lett gir oversikt. Hummelvoll (2004: 433) sier at: *”Utsmykningen av rommene, med bilder og gjenstander, bør være forholdsvis konfliktfri med vekt på estetikk og rekreasjon fremfor følelsesmessig utfordring”*. Videre bør man dempe stimuli fra for eksempel radio, TV og musikkanlegg. Orden og programklarhet må sikres gjennom at ulike planer og avtaler blir synliggjort.

Miljøterapi kan grovt plasseres innenfor to hovedretninger (Hummelvoll 2004). For det første en innsiktsorientert tilnærming som vektlegger at pasienten forstår sine underliggende konflikter inn i en sammenheng. Atferdsendring kommer som en konsekvens av innsikt og økt situasjonsforståelse. Den andre tilnærmingen er atferdsorientert og vektlegger pasientens atferd og hvordan denne kan endres i mer sosialt akseptabel retning. Innsikt betraktes som noe sekundært, som en konsekvens av atferdsendringen. Brudal (1989) viser en tredje forståelse som delvis kan integreres i de to første. Hans samspillmodell vektlegger å bekrefte pasienten som et likeverdig menneske og understreker pasientens muligheter til vekst gjennom samhandling med miljøpersonale.

Vatnes modell (2006: 31) beskriver en sammenheng mellom ulike elementer i miljøterapi:



Med utgangspunkt i egen forskning sier hun at det er i spennet mellom et stabilt og forutsigbart miljø og relasjonelle tilnærmingsformer et terapeutisk miljø utvikles (Vatne 2006). Dette begrunnes i at det er knyttet ulike betingelser til stabilitet og vekst. Det å arbeide med å utvikle gode relasjonelle erfaringer krever at systemet har en viss stabilitet og trygghet. Samtidig må miljøet stimulere til kreativitet og til utprøving av nye ferdigheter.

Gundersons miljøterapeutiske prosesser (1978) er anvendelige i etableringen av en miljøterapeutisk forståelse. *Beskyttelse* relateres til ivaretagelse av grunnleggende behov. Dette kan være fysisk omsorg, sikre trygge omgivelser og å skjerme pasienten for overveldende sanseinntrykk. *Støtte* har til hensikt å få pasienten til å føle velvære og sikkerhet. Dette skjer eksempelvis gjennom råd, veiledning og det å være tilgjengelig for pasienten. Gjennom dette bedres pasientens selvfølelse. *Struktur* i behandlingen skaper

oversikt og forutsigbarhet. Dags- og ukeplaner vil representere viktige strukturtiltak. *Engasjement* handler om tiltak som involverer pasienten i miljøet, det skapes aktivitet og et fellesskap. Aktivitetene kan foregå i postmiljøet eller ute i samfunnet. Det at pasienter helt eller delvis har ansvar for gjennomføring av ulike aktiviteter gir en treningsarena innenfor trygge rammer. Den siste prosessen er *gyldiggjøring* som er det å bekrefte personen som et selvstendig individ. De miljøterapeutiske prosessene vil bygge hierarkisk på hverandre og tilnærmingen som velges vil avhenge av pasientens funksjonsnivå. Den akutt psykotiske pasient vil eksempelvis ha mest behov for beskyttelse og støtte, mens han etter hvert i bedringsprosessen vil ha gradvis mer behov for intervensjoner med utgangspunkt i engasjement og gyldiggjøring. Modellen er fleksibel slik at en samtidig kan arbeide parallelt på ulike nivå med forskjellige sider av pasientens problemområder.

I all fagutvikling er det viktig med en kritisk drøfting. Miljøterapi må derfor relateres til en teoretisk forståelse som begrunner tiltakene. I dette ligger å vurdere hvordan Gundersons miljøprosesser kan forstås innenfor en psykiatri som arbeider mer ambulant og poliklinisk. Dam (2003) setter i artikkelen *Psykiatrisk miljøterapi – en metode til analyse af miljøterapi i psykiatrisk praksis* et kritisk blikk på miljøterapi. Her gjennomgår hun Gundersons prosesser med utgangspunkt kvalitetssikring av miljøterapi. Hun viser at hver prosess kan fremme en utvikling, men også ha ulemper. Av ulemper trekker hun frem at pasientens egne initiativ kan undertrykkes. Pasienten blir fratatt ansvar og kan føle at personale mangler tillitt til hans kompetanse. En stram ytre struktur kan tilsløre pasientens egentlige funksjonsnivå, og gjøre at personale ikke arbeider med de mønstre pasienten egentlig trenger hjelp til. Med tanke på pasientens sårbarhet kan tilnærmingen føre til at pasienten føler seg invadert. Miljøet vil på denne måten kunne bidra til nye symptomer istedenfor å støtte pasientens bedring. Denne kunnskapen er viktig å ha med ved bruk av de miljøterapeutiske prosessene.

Gjennomgangen av miljøterapi viser hvordan relasjonsarbeide, egostyrkende tiltak og de miljøterapeutiske prosessene må være differensierte, individualiserte og målrettede. Gjennom en tydelig struktur etableres en trygghet som gir rom for relasjonelle erfaringer. I en virksom miljøterapi vil disse erfaringene bidra til at pasienten øker sin selvfølelse og opplevelse av sosial mestring. Dette vil igjen kunne føre til en mer positiv selvoppfatning og gjennom dette et redusert lidelsestrykk. Det terapeutiske samfunn etter Jones forståelse vil vanskelig fungere i dagens psykiatri. Likevel er det viktig å trekke med seg sentrale prinsipper. Gjennom å

vektlegge målsettinger fra det terapeutiske samfunn vil en kunne etablere arenaer som legger til rette for aktivitet og sosial ferdighetstrening. Dette må gjøres på en måte som sikrer at pasienten kan stå frem med egne erfaringer. Selv med intensjoner om noe annet er det min erfaring at miljøterapi mye forstås innenfor institusjonens rammer. Samfunnsperspektivet er med, men ikke fullt ut integrert som en virksom del av miljøterapi. En videre utvikling av miljøterapi må inkludere dette perspektivet hvis den skal være nyttig. Erfaringene fra det terapeutiske samfunn må derfor tilpasses pasientens sårbarhet og dagens organisering av psykiatritjenesten.

4.2 PSYKOSER

Denne studien retter seg mot miljøterapi til mennesker med en psykoselidelse. Kunnskap om psykoser, og de utfordringer denne lidelsen representerer, er viktig å ha for miljøterapeuter som skal tilrettelegge et terapeutisk miljø for denne pasientgruppa.

Strand (1990) viser hvordan psykodynamisk teori har gitt modeller som bidrar til en forståelse av psykoselidelser. Egopsykologi og objektrelasjonsteori gir gode innspill i forhold til å forklare hva som skjer når en er psykotisk. Innenfor denne tenkningen forstås ego som det organiserende prinsipp i personligheten, mens selvet representerer bevisste og ubevisste opplevelser som bidrar til å forme den vi er (Evang 1986). Sentralt i Strands tenkning ligger at psykosen representerer en tilbaketrekning fra en felles virkelighet, og at dette er en problemløsningsstrategi for å takle opplevd stress og påkjenninger. Med bakgrunn i en slik tilbaketrekning mener Kristoffersen (2002) at etablering av kontakt med psykotiske mennesker krever hardt arbeid. Personale må ikke komme så nær at pasienten føler seg invadert samtidig som de må være nær nok til at pasienten ikke føler seg alene. Kristoffersen sier videre at dette er et kronisk dilemma hos mennesker med en psykoselidelse, de både ønsker og trenger kontakt med andre samtidig som de frykter den samme kontakten.

Cullberg (2000) beskriver den akutte psykosen som et sammenbrudd i personens evne til å opprettholde kontinuitet og sammenheng i sin forståelse av verden. En gjenoppretting av psykologisk balanse krever at ytre opplevelser tolkes i overensstemmelse med en indre forståelse. Kravet om sammenheng og mening i den psykotiske tilstand overordnes med dette kravet om logikk og rasjonalitet. Resultatet blir feiltolkninger som gir en skjør indre stabilitet,

men som truer opplevelsen av å delta i en felles virkelighet. I den langvarige psykosen har det skjedd en viss organisering. Verden fortolkes gjennom psykosens briller og pasienten har tilpasset seg trusselbilde psykosen representerer. Han lever på en måte i en forlenget unntakstilstand. Dette bidrar til en sementering av forestillingene som skaper de psykiske funksjonshindringene den langvarige psykosen representerer.

Hovedsymptomene ved psykoselidelser knyttes til vrangforestillinger, hallusinasjoner, tankeforstyrrelser og sosial og emosjonell tilbaketrekning (Jordahl og Repold 1999). Disse symptomene påvirker personens evne til å fungere i arbeid, skole, familie og venneliv (Larsen og Friis 2003). Selvforstyrrelser, oppmerksomhetsforstyrrelser og kognitive svikt har hatt mye fokus i psykosefeltet de senere år. Green (1996) hevder at kognitiv svikt har større sammenheng med funksjonssvikt i dagliglivet enn det som kan relateres til de psykotiske symptomene. Den kognitive svikten kan føre til redusert oppmerksomhet, konsentrasjon, hukommelse og eksekutiv fungering (Ueland og Øie 2006). Med eksekutiv fungering forstås evne til planlegging, evne til fleksibilitet og evne til problemløsning. Pasienten kan i tillegg ha vansker knyttet til sosial kognisjon; vansker med å forstå andres følelser og problemer med å takle egne følelser.

I forhold til miljøterapi og sårbarhet knyttes spesiell oppmerksomhet til begrepet *expressed emotion*. Forskning har vist at et høyt nivå av fiendtlighet, kritiske kommentarer og emosjonell overinvolvering i kontakten med personale, venner og familie bidrar til økt grad av tilbakefall hos mennesker med en langvarig psykoselidelse. En kontakt preget av varme og positive kommentarer påvirker i motsatt retning (Brown 1985).

På 1970 tallet formulerte Zubin og Spring (1977) en stress-/ sårbarhetsmodell som integrerer psykologiske modeller med mulige biologiske forklaringsmodeller for sårbarhet for psykoseutvikling. Dette er en dynamisk modell hvor psykoseutvikling forstås med utgangspunkt i en biologisk sårbarhet som kombinert med stress fra miljøet og manglende problemløsningsferdigheter gir lidelsen. Modellen forstår mennesker med en ulik sårbarhet for å utvikle psykoselidelser. Indre eller ytre krav kan gi en opplevelse av å ikke mestre. En person med lav sårbarhet vil kreve en høy påkjenning for å utvikle en psykoselidelse. Motsatt vil et menneske med en høy sårbarhet kunne utløse lidelsen ved et lavt til moderat stressnivå.

En målrettet miljøterapi til mennesker med en psykoselidelse må ta utgangspunkt i pasientens sårbarhet. Personale må ha kunnskaper om hva pasienten trenger for å klare å gå inn i relasjoner til andre mennesker. I denne forståelsen vil tillitt og trygghet ligge som hjørnesteiner. Fokuset i psykosebehandling må ligge på å realitetsorientere pasientene, løse hverdagsproblemer og gi praktiske råd (Steffensen 2007). En psykotisk fungering kjennetegnes av en mangelfull dialog, og hvor pasientens oppmerksomhet er vendt inn i dem selv istedenfor ut i verden (Pejlert 2000). Personale må derfor gjennom kreativitet, engasjement og utholdenhet arbeide for å knytte kontakt.

Walton (1999) gjennomførte en intervjuundersøkelse med ti personer med en schizofrenilidelse². Hun fant at sentrale pasientopplevelser var knyttet til endret selvopplevelse, endrede relasjonelle forhold og endret opplevelse av å være i en felles virkelighet. Disse individuelle opplevelsene påvirker pasientens mulighet til deltagelse i samfunnet. En integrert fungering krever at pasienten kan samhandle med omgivelser som er i kontinuerlig utvikling. Dette er en utfordring for alle mennesker, men kanskje særlig for mennesker med en langvarig psykoselidelse. Det er derfor viktig at både samfunnet og pasienten mobiliserer krefter for å møte de utfordringer pasienten står ovenfor til tross for problemene lidelsen medfører (Hummelvoll 2004).

4.3 HELSEFREMMENDE PROSESSER

Forståelsen av helse er sentral i helsefremmende arbeid. WHO kom i 1948 med en klassisk definisjon av helse (Hummelvoll 2004: 37): *"Helse er en tilstand av fullstendig psykisk, fysisk og sosialt velvære, ikke bare fravær av sykdom og svakelighet"*. Definisjonen er statisk i forståelsen av at helse og sykdom gjensidig utelukker hverandre. Helse vil være en idealtilstand som det kan være vanskelig å oppnå over tid. Definisjonen mangler den åndelige dimensjon, en dimensjon som bør inkluderes da helse først får betydning når livet har mening. Alternativt kan helse forstås som en dynamisk prosess hvor en tilpasser seg de utfordringene livet gir. Lønning (1992) sier at helse kan forstås som menneskets evne til å mestre livets påkjenninger. Helse vil her være avhengig av balansen mellom ressurser den enkelte har og de påkjenninger livet bringer med seg.

² Det finnes flere sentrale beskrivelser av det å leve med en psykoselidelse. Av gode brukerbeskrivelser vil jeg vise til Arnhild Lauvengs (2006) bok *"I morgen var jeg alltid en løve"* og Fredrick Frese (1993) som beskriver sine erfaringer gjennom artikkelen *"Coping With Schizophrenia"*.

Med utgangspunkt i miljøterapi vil jeg trekke frem to sentrale forståelsesmåter innenfor helsefremmende arbeid; recoveryprosesser og salutogenese. I tillegg vil jeg knytte korte kommentarer til begrepene lidelse og samfunn.

En helsefremmende prosess forstås som det å komme seg etter alvorlig psykisk lidelse. Kristoffersen (2006) sier at det å komme seg kan forstås synonymt med det engelske begrepet recovery. Det å komme seg betyr ikke nødvendigvis at en er frisk, men at en har lært seg å leve med sin lidelse (Topor 2004). Et kjennetegn på bedring er at pasienten beveger seg fra en passiv tilpasning til lidelsen til et forsøk på en mer aktiv mestring av hverdagen (Vatne 2006).

Salutogenese knyttes til Antonovsky (2004) som var opptatt av hvilke faktorer som bidrar til å opprettholde helse. Han utviklet et perspektiv på helse som avviser dikotomien mellom friske og syke. Antonovsky så helse som et kontinuum fra uhelse til helse. Med utgangspunkt i denne tenkningen vil alle befinne seg dynamisk plassert mellom disse to ytterpunktene. Antonovsky var opptatt av hvordan menneske kunne bringes nærmest mulig den helsemessige delen av kontinuumet, og hans tenkning har vært viktig i helsefremmende arbeid.

4.3.1 Recoveryprosesser

Innenfor psykisk helsevern står rehabiliteringsbegrepet sterkt. Denne tilnærmingen handler om personalets innsats for å støtte den enkelte pasients bedringsprosesser (Normann m. fl. 2003). Recovery handler om at pasienten bruker egne erfaringer til å overkomme egne problemer, det være seg psykiske problemer, hindre i hjelpeapparatet eller hindre i samfunnet for øvrig. Deegan (1997) sier at det handler om egen innsats, opplevelser og personlig utvikling. I en senere utgivelse (Deegan 2001) sier hun at bedring er en forvandlingsprosess hvor en gradvis lar den gamle oppfatningen av seg selv erstattes med en ny selvoppfatning og en ny måte å møte livet på. I dette arbeidet vil pasienten alltid stå i en relasjon til sine omgivelser. Borg og Topor (2003) viser at kvaliteten på denne relasjonen vil være avgjørende for om pasienten motiveres til å gå inn i et slik endringsarbeid, og om iverksatte tiltak vil virke positivt for bedringsprosessen. Formidling av håp vil ha en sentral rolle i det relasjonelle arbeidet (Adams et al.1998).

Kristoffersen (2006) trekker frem fire sentrale faktorer som bidrar til at pasienten kommer inn i bedringsprosesser. Personalet må bruke sine kunnskaper og kompetanse til å utvikle en tillitsfull og trygg relasjon til pasienten. Behandlingen må ta utgangspunkt i at pasienten selv medvirker aktivt. Like viktig er pasientens egenaktivitet i forhold til å fremme egen helse. Til sist bør både pasienten og personale ha tro på at behandlingsprosessen har en positiv effekt. I disse punktene ligger brukerperspektivet sentralt. Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006 (1996-97) slår fast at brukermedvirkning har en egenverdi, en terapeutisk verdi og er et virkemiddel for å kvalitetssikre tjenestene. Arbeidet må derfor legges til rette for at pasienten kan tre frem med egne erfaringer.

Det at pasienten bemyndiges på denne måten blir en videreføring av recoverytenkningen. Bemyndigelse eller empowerment er sterkt knyttet til makt og handler om å føre makt tilbake til de avmektige (Askheim 2003). En årsak til at empowerment har kommet inn som et sterkt fokus i psykisk helsevern, er at behandlingstilbudet ofte ikke har fungert så brukervennlig. Da brukermedvirkning har en egenverdi, og en terapeutisk verdi, må reell brukermedvirkning sikres ved at pasienten settes i stand til å representere seg selv. En slik deltagelse krever kunnskaper som den enkelte pasient ikke nødvendigvis har. Organisering av behandling må derfor tilrettelegges slik at pasienten tilføres kunnskap (Ravelli et al.1997). Steffensen (2007) viser til gode erfaringer med en tilnærming basert på psykoedukative programmer som sammenfatter psykologisk kunnskap og pedagogikk.

4.3.2 Salutogenese

Det salutogene perspektiv viser hvordan menneske kan mobilisere egne krefter i helsefremmende arbeid. Et patogent perspektiv handler om hvilke faktorer som fører til at lidelsen oppstår. Det salutogene perspektiv representerer en komplementær tilnærming ved å være opptatt av hvilke faktorer som bidrar til at mennesker opprettholder helse. Innenfor patogen tenkning oppfattes stress som sykdomsfremkallende. Antonovsky (2004) forsto sykdommer, stress og konflikter som faktorer som hører livet til. Det er hvordan vi forholder oss til disse som får betydning for hvordan de påvirker helsetilstanden. Stress er i seg selv ikke negativt, det kan i noen sammenhenger være positivt, og være med på å øke menneskets motstandskraft (Jensen og Johnsen 2001).

To begreper er viktige i Antonovskys tenkning; *generelle motstandsressurser* (*general resistance resources*) og *følelse av sammenheng* (*sence of coherence – SOC*). De generelle motstandsressursene består av både indre og ytre faktorer som virker beskyttende på helsetilstanden. Dette kan eksempelvis være indre liv, tilgang på sosial støtte og en meningsfull hverdag. I et helsefremmende perspektiv er det sentrale hvordan en bruker sine generelle motstandsressurser. Det andre begrepet er en følelse av sammenheng. Den levde erfaring er med på å skape denne følelsen av sammenheng. Opplevelsen vil være dynamisk og dermed foranderlig i forhold til påvirkninger. Begrepet består av tre områder; *begripelighet*, *håndterbarhet* og *meningsfullhet*. Den siste er den mest sentrale fordi den gir motivasjon til å finne løsninger på de utfordringer som situasjonen krever. De to andre områdene preger hvordan prosessen gjennomføres. Samtidig oppfattes begripelighet som en forutsetning for både en følelse av håndterbarhet og meningsfullhet. Antonovsky (2004) gir begrepene følgende innhold:

- Begripelighet handler om i hvilken utstrekning en opplever at indre og ytre stimuli er forståelige; om de representerer ordnet, sammenhengende og tydelig informasjon istedenfor støy som er kaotisk, uordnet, tilfeldig og uforklarlig. Den som har en sterk opplevelse av begripelighet, forventer at de stimuli en møter i fremtiden er forutsigbare, at de kan settes inn i en sammenheng og forklares.
- Håndterbarhet forstås som i hvilken grad en oppfatter at de ressurser som er til rådighet vil være tilstrekkelige til å mestre krav en stilles ovenfor. Hvis en har en sterk opplevelse av håndterbarhet vil en ikke føle seg som et offer for omstendighetene. Uheldige ting skjer, men en er i stand til å takle dem.
- Meningsfullhet relateres til opplevelsen av at livet er forståelig rent følelsesmessig, og at problemer og krav tilværelsen fører med seg er verdt å investere krefter i. En er innstilt på å finne mening i det som skjer, og til å komme seg gjennom det.

Antonovsky (1985) mener at mental helse ligger på det samme helsekontinuumet. For å hjelpe må personale lære seg hvordan pasientene kan bevege seg fra å bruke ubevisste forsvarsmekanismer til å utvikle bevisste problemløsningsstrategier. De må søke å hjelpe pasienten til å utvikle en personlighet med evne til fleksibilitet og tilpasning i motsetning til rigiditet. Energi og overskudd må brukes til en personlig utvikling og ikke bindes opp i

destruktive prosesser. Mennesket må lære å løfte blikket fra egne problemer og gi av seg selv sammen med andre slik at en inkluderes i et sosialt fellesskap.

Begrepet følelse av sammenheng knyttes til teori som karakteriserer menneskets måte å forholde seg til livet på. Antonovsky var opptatt av det enkelte menneskes historie, og hvordan denne historien påvirker opplevelsen av lidelsen i dag. En salutogen tenkning grunnes på at mennesker som opplever en sterk følelse av sammenheng vil ha større tilpasningsdyktighet til helseplager. I miljøterapi rettet mot mennesker med en psykoselidelse vil det salutogene perspektiv være et viktig element i et teoretisk grunnlag fordi det viser hvordan personale i større grad kan fokusere på pasientens mestring istedenfor på symptomer og avvik. Både recovery og empowerment vil kunne inkluderes i en salutogen tenkning fordi de bygger på bruk av pasientens egne ressurser. Relatert til miljøterapi handler det om å legge til rette for at pasienten opplever en deltagelse i egen hverdag. Forutsigbarhet, balanserte utfordringer og mulighet til deltagelse i eget liv vil gi pasientene en opplevelse av at livet fortsatt er meningsfullt til tross for de utfordringer psykoselidelsen gir. Denne opplevelsen er sentral i forhold til å opprettholde motivasjon til videre arbeide med egne problemer.

4.3.3 Kort om lidelse og samfunn

Innenfor helsefremmende arbeid vil det være viktig å ha fokus på pasientens lidelse. Eriksson (1993) ser lidelse i tre dimensjoner hvor hver dimensjon sier noe om det å leve med en lidelse. *Sjukdomslidande* forteller hvordan psykosens påvirker en som person både fysisk og psykisk. *Livslidande* henspiller på sorgprosessen ved at livet dreide i en annen retning enn det en hadde tenkt, og hvordan dette fører til at en må nyorientere seg i forhold til egne målsettinger. *Vårdlidande* viser hvordan relasjonen til andre mennesker preges av at en står i et ikke likeverdig og ufrivillig forhold til personale. Videre at behandlingen i seg selv kan påføre lidelse, eksempelvis i form av bivirkninger av medikasjon. Hummelvoll (2004) har føyd til et fjerde område, den *sosiale lidelsen*. Denne forstås som et uttrykk for reduserte muligheter til sosial deltagelse samt samfunnets ofte stigmatiserende holdninger til mennesker med en psykoselidelse.

Samfunnet forstås både som storsamfunnet og det mer begrensede lokalsamfunnet hvor en gruppe mennesker utgjør et kulturelt og sosialt fellesskap. Drevdahl (2002) problematiserer i

artikkelen *Home and border: The Contradictions of Community* samfunnsbegrepet. Hun viser at begrepet er komplisert fordi samfunnet både gir tilhørighet samtidig som det kan ekskludere. Ved at enkelte grupper av befolkningen defineres tiltrengende profesjonell hjelp kan det skapes et maktskille mellom mennesker. Makt forstås her som ”...enhver sjanse til å få gjennomført sin vilje i en sosial relasjon, også ved motstand, uavhengig av hva denne sjansen er basert på” (Skau 1992: 38). Drevdal viser hvordan samfunn dannes ved å plassere individer i ulike kategorier. En slik kategori kan være det hun kaller grensesamfunn hvor mennesker blir sett på som annerledes eller mangelfulle. Mennesker med en psykoselidelse kan utgjøre en slik marginalisert gruppe. Når miljøterapi til denne gruppen skal utformes er det viktig å kjenne til hvordan samfunnets organisering kan gi ulike utslag, og hvordan en faglig tilnærming må søke å motvirke samhandlingsmønstre som fører til sosial eksklusjon og marginalisering. En målrettet miljøterapi med disse perspektivene vil derfor kreve at miljøterapeuter tar utgangspunkt i pasientens opplevelse av egen situasjon, hvordan han oppfatter egne ressurser og hva han gjør for å møte sin lidelse.

Kapitlet har tegnet et teoretisk bilde av miljøterapi, psykoselidelser og helsefremmende prosesser. Dette er gjort fordi kunnskaper om disse områdene er nødvendige når den konkrete miljøterapien skal planlegges.

5.0 METODE

Dette kapittelet vil presentere valg av forskningsmetode, metode for datainnsamling, valg av informanter og gjennomføringen av undersøkelsen. Videre beskrives analyse- og tolkningsprosessen. Avslutningsvis gjøres en etisk refleksjon. Studiens valg av metode er gjort ut fra hvilken tilnærming som i størst grad besvarer forskningsspørsmålene.

I min tilnærming til forskningsspørsmålene var jeg opptatt av å søke kunnskap ved å gå i dybden på tema for å utforske miljøterapiens innhold og særtrekk. Repstad (1998) viser hvordan den kvalitative tilnærmingen er hensiktsmessig når en ønsker å gå i dybden og se på helhet, særpreg og grunntrekk i det området som utforskes. Jeg valgte derfor en kvalitativ tilnærming med en deskriptiv design. Den deskriptive tilnærmingen beskriver fenomenet slik det fremstår. Fordi miljøterapi oppfattes som svakt avgrenset og lite presisert, har jeg inkludert elementer av et eksplorativt design. Dette fordi det kan bidra til formulering av nye begreper og sammenhenger (Brink og Wood 1998). Som metode i datainnsamlingen velges det kvalitative forskningsintervju. Denne metodiske tilnærmingen gjør det mulig å studere miljøterapeuters livsverden knyttet til rollen som miljøterapeut (Hummelvoll og Barbosa da Silva 1996).

De kvalitative metodene har sitt vitenskapelige grunnlag i fenomenologi og hermeneutikk. Basert på Hummelvoll og Barbosa da Silva (1996) og Thornquist (2002) vil jeg utdype dette perspektivet. Fenomenologien retter oppmerksomheten mot verden slik den erfares for subjektet og relaterer kunnskap til den kontekst den opptrer i. Den fenomenologiske metode er deskriptiv og søker å utforske og beskrive fenomener slik mennesker opplever og erfarer dem. Ved å innta et innsideperspektiv vil jeg forsøke å se fenomenet slik det fremstår for informantene. Dette krever en naiv og fordomsfri tilnærming hvor data aksepteres som gitte. Det krever også at jeg som forsker klarer å parantesette egne holdninger, fordommer og meninger slik at det gjøres en så nøytral og korrekt beskrivelse som mulig. Sentralt her er at forsker har en bevisst og kritisk refleksjon over egen mulig påvirkning på forskningsfeltet. Denne metodiske holdningen kalles *bracketing*.

Hermeneutikk er opptatt av en dypere forståelse av mening, og knytter kunnskapsutvikling i hovedsak til tolkning av tekster. Sentrale tema i en hermeneutisk tilnærming er *forståelseshorisont*, *fordom* og den *hermeneutiske sirkel*. Forståelseshorisont forstås som en persons samlede oppfatninger, erfaringer og forventninger. Begrepet fordom knytter seg til at noe kommer før noe annet. En vil aldri være helt forutsetningsløs i møte med en tekst eller et materiale, men være preget av en tankemessig og erfaringsmessig påvirkning. Den hermeneutiske sirkel representerer et fortolkende prinsipp hvor helheten forstås ut fra delene og delene ut fra helheten. Disse tre aspektene inngår i den hermeneutiske metode. Som forsker vil jeg i møte med forskningsmateriale være påvirket av teori og egne erfaringer. Tolkningen blir slik sett gjort i en vekselvirkning mellom empiri, teori og erfaringer. Den vil alltid inneholde et nyskapende element som tas med og implementeres i egen forforståelse. Prosessen er dynamisk slik at hver gang jeg forstår noe nytt vil det utvide min forståelse av delene og helheten. Gadamer (1995) hevder at det ikke skjer noen fullstendig forståelse før det skjer en *horisontsammensmeltning*; en trer inn i den andres tankeverden, lytter og beriker gjennom dette sin egen verden. Min tilnærming baseres på en slik forståelse. Fenomenologi og hermeneutikk står i et forhold til hverandre. Begge er opptatt av mening selv om de har ulik forståelse av begrepene. Den fenomenologiske beskrivelsen vil brukes som utgangspunkt for den hermeneutiske tolkningen.

5.1 DET KVALITATIVE FORSKNINGSINTERVJU

Det kvalitative forskningsintervjus teoretiske grunnlag er beskrevet blant annet av Kvale (1983). Kvale (2006: 39) sier at:

”Formålet med det kvalitative forskningsintervjuet er å innhente beskrivelser av intervjupersonenes livsverden, særlig med hensyn til tolkninger av meningen med fenomener som blir beskrevet”.

Intervjuet forutsetter at forskeren har innlevelsesevne og kunnskap om det tema det forskes på. Bare på denne måten kan det gjennomføres en meningsfull samtale. Forskeren må i intervjusituasjonen skape en ramme av tillitt og trygghet for å fremme en likeverdig dialog.

Den fenomenologiske metode krever en åpen tilnærming. Hummelvoll og Barbosa da Silva (1996) påpeker at det kvalitative forskningsintervju er semistrukturert, og at det verken er en helt fri samtale eller basert på et strukturert spørreskjema. Den temabaserte intervjuguiden

representerer derfor en foreløpig og modifiserbar struktur i gjennomføringen av intervjuene. Intervjuet tas opp på bånd og støttes av korte notater underveis i samtalen. Opptakene på bånd transkriberes så ut. Opptak, transkript og notater utgjør det empiriske materiale. I tråd med en hermeneutisk forståelse vil erfaringer fra et intervju kunne påvirke det neste, de bygger på hverandre og følger hverandre mot en mest mulig helhetlig forståelse.

Kvale (2006) beskriver tolv aspekter som representerer metodens hovedstruktur. Jeg vil kort gjengi disse tilpasset denne studien. Tema i intervjuet vil være informantenes *livsverden*. Jeg vil forsøke å beskrive og forstå informantenes *mening* om miljøterapi slik den utøves. Hensikten er å få frem en så nyansert *kvalitativ* beskrivelse som mulig. Tilnærmingen er *deskriptiv* og søker å samle inn åpne og nyanserte beskrivelser av miljøterapi. Jeg søker ikke generelle synspunkter, men *spesifikke* situasjoner og handlingssekvenser. I studien vil jeg ta utgangspunkt i arbeidsdagen slik den konkret fremstår i posten. I intervjusituasjonen er det viktig at jeg har en *bevisst naivitet*, det vil si er åpen for at det kan komme opp nye og uventede synspunkter. Metoden gir rom for at disse følges opp. Intervjuguiden må derfor være veiledende, og ikke følges punktvis. Intervjuet er *fokusert* på sentrale virksomme elementer i miljøterapi, og hvordan miljøterapien forstås i forhold til andre tilnærminger. *Tvetydige* utsagn aksepteres gjennom å undersøke om de skyldes kommunikasjonsvansker, eller om de faktisk utgjør en dobbelthet hos informanten. Samtalen i intervjuet kan føre til at informanten oppnår ny forståelse og innsikt, noe som kan lede til at han også *endrer* sine egne beskrivelser og tolkninger. Ulike intervju vil i gjennomføringen kunne bli forskjellige på grunn av ulik *følsomhet* hos informanten. Jeg oppfatter ikke dette problematisk fordi denne forskjellen kan bidra til å nyansere fremstillingen. Kunnskapen som innhentes gjennom intervjuet fremkommer som et resultat av den *interpersonlige situasjonen* som oppstår mellom meg og informanten. Til slutt trekker Kvale frem at et vellykket intervju kan være en *positiv opplevelse* for informanten, og en kilde til ny innsikt i egen faglig sammenheng.

5.2 STUDIENS AKSJONSMOMENT

Det overordnede Miljøterapiprosjektet har handlingsorientert forskningssamarbeid som design. Denne tilnærmingen er beskrevet av Hummelvoll (2003). Fokuset ligger på å utvikle kunnskap for handling, det vil si at ny kunnskap raskt kan omsettes i utvikling av en forbedret praksis. Med rundbordskonferansen innføres et aksjonselement i denne studien. Informantene

vil både etter intervjuet, og som en del av Miljøterapiprosjektet, reflektere videre rundt studiens forskningsspørsmål frem mot rundbordskonferansen. På denne måten kan det skje en utvikling i forståelse mellom samlingene som sannsynligvis vil ha effekt i praksisfeltet.

5.3 UTVALG

Studiens informanter ble valgt ut gjennom et skjønnsmessig utvalg (Hellevik 2003). For å kunne besvare studiens forskningsspørsmål kreves fagutdanning og miljøterapeutisk praksis. Alle informantene ble valgt ut av avdelingssykepleier på bakgrunn av inklusjonskriteriene:

- Alle skulle ha minimum tre års erfaring fra arbeid som miljøterapeuter med mennesker med en psykoselidelse.
- Alle skulle ha arbeidet klinisk som miljøterapeuter i den aktuelle posten.
- Alle skulle være fast ansatt og arbeide i trekvart stilling eller mer.

Utvalget besto av fem informanter. I forhold til antall sier Friis og Vaglum (1999) at en må ha med så mange som nødvendig, og så få som mulig. En skal slutte å inkludere nye informanter når en når datametning, det vil si at det ikke kommer frem noe nytt i intervjuene.

Informantene som ble inkludert hadde en aldersspredning fra 33 år til 54 år. Den kliniske erfaringen med målgruppa varierte mellom 3 og 11 år. Utvalget besto av tre kvinner og to menn. Yrkesbakgrunn var tre sykepleiere, en vernepleier og en pedagog. Tre hadde en klinisk videreutdanning, mens to var i gang med en spesialisering. Flere hadde erfaring fra arbeid med målgruppa før de tok høyskoleutdanning.

5.4 GJENNOMFØRING

Prosjektbeskrivelse og søknader til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste, avdelingssjef og avdelingssykepleier ble godkjent i januar/februar 2007. Studien ble så presentert på et oppstartseminar i regi av Miljøterapiprosjektet. Jeg deltok i tillegg på to møter i aktuell post hvor studien ble gjennomgått. Alle informantene ble informert gjennom et informasjonsskriv.

Intervjuene ble gjennomført over en periode på 14 dager i februar og mars. Alle intervjuene fant sted på et møterom som var nøytralt både for forsker og informanter. Rommet var lyst og luftig med langbord, gode stoler og kunst på veggene. Det ble under intervjuet servert kaffe.

Hvert intervju ble gjennomført med støtte i en semistrukturert intervjuguide og hadde en varighet på 60 til 85 minutter. Intervjuguiden ligger som vedlegg. Hvert intervju startet med en gjennomgang av informasjonsskrivet og avlevering av underskrevet samtykkeerklæring. Min rolle som forsker ble klargjort ved at vi hadde en samtale om dette. Under intervjuene la jeg vekt på å ivareta kvalitetskriterier ved det kvalitative forskningsintervju slik de er beskrevet av Kvale (2006). I oppstart av intervjuet ble det lagt spesiell vekt på at hensikten med intervjuet var å få frem en forståelse av miljøterapi slik den oppleves fra informantenes ståsted. Gjennom intervjuet la forsker vekt på å skape en god atmosfære ved å være oppmerksom, gi blikkontakt og støtte oppunder informantens refleksjoner med nikk, korte kommentarer og oppklarende spørsmål.

Alle intervjuene ble tatt opp på bånd og korte notater ble nedskrevet under intervjuet. Alle intervjuene ble i etterkant skrevet ut ordrett. Forskeren hadde skrivehjelp fra en sekretær tilknyttet avdelingen som hadde tidligere erfaring med å skrive ut intervjuer. Sekretæren ble informert om forskningsetiske retningslinjer. Alle opptakskassetter og utskrifter ble holdt nedlåst gjennom studien, og skal slettes etter at mastergradsoppgaven er avsluttet.

5.5 ANALYSE

Analysen har til hensikt å gjøre datamateriale tilgjengelig for tolkning. Gjennom en åpen og kritisk refleksjon ønsket jeg å synliggjøre tema, mønstre og sammenhenger i de data som forelå. Den kvalitative analysen startet allerede under gjennomføringen av intervjuene. Kvale (2006) har beskrevet en analyseprosess i seks trinn som jeg fulgte:

I det første trinnet forteller informantene om miljøterapi slik de oppfatter tema. Stikkord og sammenhenger som spontant kommer frem noteres. Uklarheter blir klargjort. Trinn to består i at informanten selv gjennom intervjuet kan oppdage ny mening og nye sammenhenger. Gjennom dialogen blir disse erfaringene delt med forsker. I tredje trinn fortetter og tolker forsker det som er sagt gjennom intervjuet og bringer det tilbake for kommentarer. Informanten får dermed mulighet til å nyansere og korrigere forskers forståelse. I mine intervju gjorde jeg i tillegg en sammenfatning av hele intervjuet mot slutten slik at informantene kunne kommentere min forståelse av intervjuet som helhet. I fjerde trinn blir intervjuene tolket av forskeren. Dette skjedde ved at jeg lyttet gjennom alle intervjuene en

gang. Alle transkriberte tekster ble gjennomlest flere ganger. I gjennomgangen noterte jeg stikkord på tema og meningskategorier i margin. Jeg benyttet teknikkene beskrevet av Kvale (2006) med meningsfortetting og meningskategorisering. Tema og kategorier som var trukket ut ble skriftlig sammenfattet som et konsentrat av hovedintervjuet. Gjennom videre arbeid med teksten utviklet jeg meningskategorier slik de trådte frem i teksten. Det konsentrerte tekstmateriale ble skrevet på nytt, nå sortert under hver kategori. Alle tema ble merket med informantnummer slik at jeg kunne finne tilbake når sitater skulle velges ut til resultatpresentasjonen. Kategoriene ble satt opp i et hierarki etter hovedtema, undertema og grunntema (Kristoffersen 1998). Utarbeidingen av den strukturelle analysen skjedde ved bruk av fargekoder, ”klipp og lim” metoden og tekstbehandlingssystemet i Microsoft Word.

Femte trinn var å gi informantene muligheten til å korrigere analysen gjennom et gjenintervju hvor foreløpige tolkninger ble lagt frem. Dette skjedde ved en rundbordskonferanse 7 uker etter siste intervju. Sjette trinn handler om at informantene begynner å handle på bakgrunn av den nye innsikten de har fått. I denne studien kunne nye handlingsmønstre initieres både på bakgrunn av selve intervjuet og den påfølgende rundbordskonferansen. Konferansen var slik sett viktig fordi informantene da var samlet og kunne oppleve en samhörighet og felles forståelse som motiverte til å gjøre en felles innsats mot praksisfeltet. Etter min mening vil dette fellesskapet styrke muligheten for endrede handlingsmønstre.

Kvale (2006) bygger det kvalitative forskningsintervju på en hermeneutisk-fenomenologisk metode og beskriver hvordan tolkningen av tekster kan gjøres i tre kontekster basert på selvforståelse, allmenn forståelse og en teoretisk forståelse. Selvforståelsen relateres til informantens egenforståelse og kan knyttes til trinn en og to i analysen. Den allmenne forståelsen knyttes til trinn tre og utvider perspektivet ved å trekke inn forskers forståelse. Analysens fjerde trinn representerer en teoretisk forståelse hvor funn tolkes og drøftes mot det teoretiske rammeverket.

Kristoffersen (1998) sier at studiens teoretiske rammeverk danner en avgrensning og et perspektiv som virker styrende på tolkningen. Det teoretiske rammeverket vil på denne måten virke korrigerende samtidig som det lar empirisk materiale komme til uttrykk.

5.6 ETISKE REFLEKSJONER

Etiske refleksjoner vil inngå som en del av hele studien og knyttes til alle intervjustadiene. Som forsker vil jeg ha fokus spesielt på tre forhold; det vitenskapelige ansvar, forholdet til informantene og det å ivareta en uavhengighet som forsker (Kvale 2006). Hummelvoll (2004) utdyper og sier at en etisk refleksjon skal sikre informantenes autonomi, at forskningen er til nytte, at den ikke er til skade for informantene og at den yter informantene rettferdighet.

Studien retter seg mot ansatte på sykehus og trenger ikke godkjenning i Regional Etisk Komité (REK). Dette er avklart gjennom en telefonhenvendelse. Studien følger likevel de samme forskningsetiske retningslinjer som ligger til grunn for godkjenning i REK. Studien er godkjent i Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. I tillegg har avdelingssjef ved avdelingen og avdelingssykepleier ved den aktuelle posten støttet at studien blir gjennomført. Alle informantene har på bakgrunn av skriftlig og muntlig informasjon gitt informert samtykke. De er gjort kjent med at deltagelse er frivillig, og at de når som helst kan trekke seg. Utvalget består av voksne ansatte som har samtykkekompetanse. Forskningen legges opp slik at informantenes sikkerhet og rettigheter ivaretas. Alt datamateriale oppbevares nedlåst og håndteres slik at retten til konfidensialitet sikres. Sekretæren som skrev ut materiale var informert om etiske retningslinjer og ble fulgt opp av forskeren underveis. I rapporten vil materiale være anonymisert og fremstillingen sikre at data ikke kan føres tilbake til den enkelte. Etter gjennomført prosjekt vil alle intervjudata slettes.

Miljøterapi er en viktig del av praksis og utviklingsarbeid på dette området er ønsket av avdelingens ledelse. Dette er vist blant annet gjennom oppstart av Miljøterapiprosjektet. Litteraturgjennomgangen viser at miljøterapi oppfattes som en viktig tilnærming, men at de virksomme elementene er dårlig dokumentert gjennom forskningsresultater. Ny forskning må derfor vurderes som et viktig bidrag for å endre eller bedre begrunne praksis.

Drøfting av data vil skje mot teori, tidligere forskning og situasjonen i aktuell post. For forskeren er det viktig å ha denne refleksjonen slik at fagfeltet totalt sett ytes rettferdighet i fremstillingen. Et viktig moment er at forskeren har en lederrolle på den avdelingen den aktuelle posten inngår. Denne problemstillingen omhandles i et senere punkt.

Hele studien har fulgt etiske retningslinjer slik de er beskrevet. Jeg mener at hensynet til informantene er ivaretatt både gjennom intervju, behandling av data og i fremstillingen av materiale. Forskningen på miljøterapi har vært nyttig både som et selvstendig bidrag, og som en del av Miljøterapiprosjektet. Studien har gitt meg som forsker innsikt i noen problemstillinger i aktuell post som jeg ikke nødvendigvis ville fått som leder. Denne innsikten må jeg ivareta på en bevisst måte og ikke bruke direkte over i en annen rolle. Bare på denne måten kan jeg ivareta informantene og sikre den nøytralitet og uavhengighet som må prege all forskning.

6.0 RESULTATPRESENTASJON

Dette kapitlet vil presentere en strukturell analyse av datamateriale. En oversikt over funnene presenteres i figur 1.

Hovedtema 1: Miljøterapi: indre liv i en ytre struktur		
Undertema: Organisasjonens rammer	Miljøterapeutisk program	
Grunntema: - Postmiljø - Treningsbolig - Lokalsamfunn	- Treffpunkter mellom personale og pasient - Treffpunkter mellom personale - Dokumentasjon og rapportering	
Hovedtema 2: Personale som redskap		
Undertema: Strukturbærer	Fagperson	Medmenneske
Grunntema: - Ledelsen som premissleverandør - Synliggjøring av miljøterapi - En miljøterapeutisk tenkning og modell	- Utarbeide den konkrete miljøterapien - Individuell tilnærming i en felles struktur - Forpliktende samarbeid - Tverrfaglig samarbeid	- Personalets holdninger og verdier - Personlig egnethet
Hovedtema 3: Helsefremmende prosesser		
Undertema: Sentrale føringer	Pasientens historie	Pasientens deltagelse og medbestemmelse
Grunntema: - Lovverk, retningslinjer og individuell plan	- Videreutvikle pasientens erfaringer	- Pasienten trenger erfaringer i det å lykkes
Hovedtema 4: Den gode relasjon		
Undertema: Personale og pasienter står i et relasjonelt forhold til hverandre		
Grunntema: - Nærhet og avstand, samarbeid på pasientenes premisser - Personale som rollemodell i relasjonen - Arenaer som sikrer relasjonelle erfaringer		
Hovedtema 5: Dilemma i miljøterapi		
Undertema: Sikkerhet i en miljøterapeutisk sammenheng	Idealer og realiteter i miljøterapi	
Grunntema: - Brukermedvirkning i et miljø med vekt på sikkerhet og kontroll - Personale må gjøre gode faglige vurderinger - Fleksibilitet innenfor strukturerte rammer	- Konsekvenser av behandlingssyn - Tidspress gir press på relasjonen - Kompetanse relatert til kvaliteten i miljøterapi. - En fleksibel miljøterapeutisk modell	

Figur 1 presenterer en sammenfatning av den strukturelle analysen med hovedtema, undertema og grunntema

Analysen representerer tolkning på et selv- og allmennforståelsesnivå (Kvale 2006). Den har ledet frem til fem hovedtemaer som belyses gjennom undertema og grunntema. Undertema fremkommer punktvis under hovedtema, mens grunntema fremkommer løpende i teksten.

Fremstillingen understøttes av sitater fra informantene. Sitatene er i størst mulig grad gjengitt slik de fremkom, men noen ganger med en forsiktig språklig redigering for å gjøre dem lettere tilgjengelig for leseren uten at meningsinnholdet er endret. Alle sitater er markert med kursiv skrift, lengre sitater presenteres innrykket fra vanlig tekst. Analysen viser at informantene synes det er vanskelig å forklare miljøterapi. To informanter sa det slik:

”Det er mange ting som kan dras inn i miljøterapibegrepet, det er et ganske omfattende begrep.

Miljøterapi er limet i behandling”.

”Miljøterapi er tiden vi bruker sammen med pasienten, både i posten og utenfor”.

6.1 MILJØTERAPI: INDRE LIV I EN YTRE STRUKTUR

De fysiske rammene vil sammen med strukturer i posten, sykehuset og samfunnet utgjøre en ytre struktur. Innenfor denne strukturen skapes en arena hvor pasienten kan prøve seg ut i kjente omgivelser. Psykoselidelsen vil påvirke pasientens opplevelse av seg selv og relasjonen til andre. Skal miljøterapi ha en hensikt må den tilføre pasienten kunnskap han trenger for å mestre en selvstendig tilværelse i samfunnet. Informantene beskriver en hverdag i posten som inneholder aktiviteter og sosiale samhandlingssituasjoner som ligner de som er i samfunnet ellers. Forskjellen ligger i at miljøterapien tar hensyn til pasientens sårbarhet ved å balansere støtte og utfordring opp mot pasientens funksjonsvikt. Dette vises ved en tilpasset grad av støtte i gjennomføringen, og ved at personale og pasienter fortløpende har en dialog rundt innhold i aktiviteter og forventninger til pasientens deltagelse. Tilnærmingen bidrar til å etablere tillitt og trygghet, noe som er helt sentralt i forhold til denne pasientgruppen.

Det at aktiviteter og samhandling skal ha en hensikt i forhold til pasientens problemstillinger er et grunnleggende funn. En informant uttalte at: *”Aktiviteter i seg selv oppfatter ikke jeg som miljøterapi. Skal det være terapi må det ha en hensikt eller et mål”*. Uten en slik bevisst bruk av miljøet vil det som skjer mer bære preg av aktivisering, og ikke terapi. En informant viser at selv små aktiviteter kan inneholde terapeutiske elementer, hensikten er å møte pasienten der pasienten er:

”Det med aktiviteter kan være så mangt, det kan bare være å brette sammen håndklær og legge dem i en stabel. Det gir en følelse av mestring, og du får anerkjennelse for at du har gjort noe som behøves, at du er til nytte for noen”.

Analysen av intervjumaterialet har gitt undertemaene *organisasjonens rammer* og *miljøterapeutisk program*. Alle informantene var opptatt av hvordan en skulle skape et terapeutisk miljø med utgangspunkt i postens forutsetninger.

6.1.1 Organisasjonens rammer

Tema her er arenaer for miljøterapi. Nye lokaler oppfattes som positivt samtidig som posten nå oppfattes stor og uoversiktlig. Betydningen av det fysiske miljøet fremkommer slik:

”Det å ha gode omgivelser som er hyggelige. Det signaliserer på en måte at en er verdt noe. At det er pent og ordentlig, at det er bilder på veggene, grønne planter og noe pynt. For jeg kjenner det selv at det er litt kaldt å være her, og da tenker jeg at når jeg føler det, og får signaler fra andre personale at de føler det, da tenker jeg at pasientene kan føle det”.

Posten har tilknyttet treningsboliger på sykehusområdet. Disse beskrives som en realistisk treningssituasjon som bringer *”utenverdenen inn i sykehuset”* og representerer *”en vei ut av sykehuset”*. Opphold i treningsbolig gir erfaringer som har større overføringsverdi til en selvstendig bosituasjon enn hva opphold i posten alene kan gi. Et felles personale i post og treningsboliger beskrives som en god modell fordi den sikrer kontinuitet. Samtidig er den ressurskrevende og oppleves av informantene som truet siden posten får dårligere pasienter som krever en høyere personalfaktor.

Informantene er opptatt av at den struktur og forutsigbarhet, som er etablert i det miljøterapeutiske arbeidet, videreføres etter utskrivelse til lokalsamfunnet. Disse faktorene må inngå som en del av en kommunal oppfølging:

”Da må man jobbe med å legge forholdene til rette i miljøet rundt dem ute. Før de skal ut må en jobbe mye med å få til et nettverk som fungerer. Boveileder, støttekontakt og slike ting må være på plass. Og at en har et forpliktende samarbeid med kommunen de flytter til og en gradvis overgang til at andre tar over – at andre tar over ansvaret og gjør jobben”.

Sentralt i utskrivningsprosessen står overføring av kompetanse og erfaringer fra post til kommune. Etablering av en treveis kontakt mellom post, kommune og pasient fremheves som viktig for å sikre en felles forståelse. Informantene beskriver hvordan dette tilrettelegges gjennom hospitering, overlapping og ambulant arbeid. Postmiljø og treningsboliger gir mulighet til relasjonelle erfaringer i trygge rammer. Ambulant arbeid viderefører rammene når pasienten skal ut i lokalsamfunnet. Pasienten får økte krav, men har samtidig en struktur å støtte seg på. Den beskrevne prosessen bidrar til å trygge utskrivningsprosessen. En informant understreket dette ved å si at arbeidsmåten gir *”en trygghet for pasienten og muliggjør en god veiledning som gjør det lettere for de som jobber ute i kommunen”*. Målet er at pasienten etableres i en mest mulig selvstendig tilværelse. I forhold til dette understreker informantene også nødvendigheten av nettverksarbeid som inkluderer familie og venner.

6.1.2 Miljøterapeutisk program

Den miljøterapeutiske strukturen i posten er bygget rundt fast døgnrytme, husregler, sosial samhandling og strukturerte treffpunkter. En informant uttaler:

”I forhold til relasjonen er det vår oppgave at pasienten skal få tillitt til oss og behandlingssystemet. Vi har formelle møtepunkter som morgenmøte, husmøte og samarbeidsmøter. I tillegg de uformelle situasjonene som kan oppstå hvor som helst. Det at vi møter opp gir trygghet og tillitt, vi er der, vi tåler pasientene og vi gir ikke opp. På den måten møter vi pasienten med respekt, vi behandler dem som voksne mennesker”.

Ukeplanmøte og morgenmøte brukes av pasient og miljøterapeut til felles planlegging av videre program. Det at en arbeider sammen bidrar til at både pasient og miljøterapeut kan bringe erfaringer og kunnskap opp til drøfting. Treffpunktene legger derfor til rette for brukerdeltagelse. I forhold til dette vektlegges husmøte spesielt:

”Det vi har arbeidet mye ut fra er den varianten vi har kalt husmøte. Det er en trekantsamtale mellom behandler, miljøterapeut og pasient. Det er et godt utgangspunkt for å møte pasienten, det skaper et trygt miljø hvor en kan ta opp litt mer vanskelige tema samtidig som en har de hverdagslige temaene. Det er en måte å komme i kontakt med pasienten slik at det kan skapes forståelse for et felles syn; hva jobber vi mot, hva er dine behov? Altså, medbestemmelse. Da sikrer vi at den når frem fra pasientens side”.

Postens psykolog er i permisjon, og postens nye lege arbeider etter en mer tradisjonell lege - pasientkontakt. Disse endringene har gjort at lege og psykolog ikke lenger deltar i husmøtet.

De tenkes erstattet av gruppekoordinator. Informantene er usikre på om dette vil være funksjonelt fordi en mister de tverrfaglige refleksjonene over hverdagen sammen med pasienten. De opplever derfor endringene som en trussel i forhold til å få gjennomført husmøtet slik de har gode erfaringer med.

Rapport, gruppemøter, behandlingsmøter, undervisning og veiledning er treffpunkter forbeholdt personale. Informantene så det som nødvendig at flest mulig fra personalgruppa deltok på disse møtene fordi de er viktige i forhold til grunnlagstenkning, og for å utforme en felles forståelse av miljøterapi. Informantene vektlegger gode muntlige rapporter og god skriftlig dokumentasjon i miljøterapeutisk arbeid:

”Hva er det som virkelig har skjedd? Ikke bare det vi tror har skjedd, men at du på en måte kan summere sammen på slutten av uka så du kan se: Har de tatt medisiner, har det vært verbale eller fysiske utageringer? At vi virkelig kan dokumentere det som har skjedd og hvorfor det har skjedd. At det ikke bare blir synsing”.

Posten preges av mangel på faglært personale og hyppig bruk av ufaglærte vikarer. I en slik situasjon blir god dokumentasjon viktig fordi vikarbruk truer kontinuiteten i behandling. Dokumentasjon brukes til å beskrive det som skjer, reflektere over det og utvikle en begrunnet forståelse. En høy andel ufaglærte vikarer vanskeliggjør prosessen fordi de ikke har de samme faglige forutsetninger til å gå inn i denne refleksjonen.

6.2 PERSONALE SOM REDSKAP

”Som miljøterapeut eller sykepleier i psykiatrien er det veldig mye en selv en bruker som arbeidsredskap. Det er ikke så mye prosedyrer og teknisk utstyr, men det er faktisk oss selv som mennesker som er verktøyet i de mellommenneskelige relasjonene”.

Analysen viser at dette hovedtemaet kan deles i undertemaene *strukturbærer*, *fagperson* og *medmenneske*. Informantene forstår behandling av psykoselidelser tverrfaglig. De vektlegger en medisinsk og individualterapeutisk tilnærming sammen med miljøterapi. Videre uttrykker de at de ulike tilnærmingene krever hverandre i en helhetlig forståelse.

6.2.1 Strukturbærer

Informantene vektlegger at postledelsen gjennom sin faglige forståelse er premissleverandør for miljøterapien. Klare styringssignaler og tilstrekkelige ressurser trengs for å opprettholde postens miljøterapeutiske arbeid. Miljøterapeuter vil på sin side ha ansvaret for å synliggjøre miljøterapi. Informantene utaler at posten har hatt en periode med ustabilitet i ledelsesfunksjon, og at denne mangelen på kontinuitet oppleves problematisk fordi miljøterapeuter og postens ledelse er avhengige av hverandre i utforming av miljøterapi. Miljøterapeuters eget ansvar for å utforme, synliggjøre og skape en felles forståelse ble av en informant beskrevet slik:

”Det er min rolle å være med å tilrettelegge miljøterapi. Legge rammene for hvordan jeg eller andre skal jobbe. Prøve å få til en felles forståelse. Mye av jobben er å utarbeide den konkrete miljøterapien til hver enkelt pasient”.

Postens miljøterapeutiske tilnærming vektlegger bruk av kjent personale og en strukturert og forutsigbar ramme gjennom samarbeidsavtaler og ukeplan. Skjerming er et miljøterapeutisk tiltak som anvendes for å begrense stimuli og hjelpe pasienten til å gjenvinne oversikt over egen situasjon. Medikamentell behandling kan dempe symptomer og hjelpe pasienten til å ta del i miljøterapeutisk arbeid. En informant sammenfattet:

”Jeg plasserer miljøterapi som behandling. På linje med annen behandling. Klart medisiner og medisinskfaglig forståelse er viktig. Det er ofte medisiner som er grunnlaget for at vi kan komme i posisjon med annen behandling, at pasientene er tilgjengelige for kontakt”.

Informantene la stor vekt på at planarbeidet må baseres på en individuell vurdering av pasientens funksjonsnivå. I sine vurderinger bruker informantene forståelse hentet fra egopsykologi og egostøttende sykepleie. Videre anvendes en faseorientert tilnærming basert på funksjonsnivå. Progresjonsplaner trekkes frem som nyttig fordi de knytter miljøterapeutiske tiltak til pasientens funksjonsnivå samtidig som de representerer en struktur det er mulig å evaluere. En informant utalte at:

”Vi bruker veldig mye Strand og Gunderson. Egostøttende prinsipper og de miljøterapeutiske prosessene. Og tenker veldig mye i faser. Det en kan se på en progresjonsplan er at pasienten har et mål, en ser en fremdrift og at en ikke legger lista for høyt”.

Gjennomføringen viser at informantene vektlegger en dynamisk modell hvor relasjonen står sentralt. De utaler at de savner andre fagpersoner å drøfte faglige spørsmål med. Dette kan hindre en videre faglig utvikling, og på sikt true den relasjonelle forståelsen som posten er grunnet på. Et mer medisinsk perspektiv er kommet til i postens behandlingstilbud. Informantene uttrykker at medisinsk kompetanse er viktig i behandling av psykoselidelser, men at den må stå i en sammenheng med postens miljøterapi. Dette oppleves ikke å være situasjonen i dag, og usikkerhet knyttes til hvordan en kan utvikle et behandlingstilbud hvor begge tilnærmingene vektlegges og utfyller hverandre.

6.2.2 Fagperson

Et faglig ansvar for å utarbeide en konkret miljøterapi krever en bevisst strategi hvor en tar individuelle hensyn innenfor en felles struktur. Miljøfaktorer må kartlegges med utgangspunkt i hvordan ulike variabler fremmer og hemmer pasientens utvikling. I den praktiske arbeidssituasjon henter informantene inspirasjon fra flere teoretiske modeller som settes sammen til en felles forståelse. Miljøterapi krever at personale som er involvert har kompetanse i forhold til psykoselidelser slik at de forstår den behandlingen som gis. Denne forståelsen må knyttes til symptombilde, pasientens historie, kulturbakgrunn og viktige tema i pasientens liv. I utviklingen av psykoselidelser forstår informantene stress og sårbarhet som viktige områder. Gjennom å ta utgangspunkt i pasientens sårbarhet og problemløsningsferdigheter ønsker de å etablere et forpliktende samarbeid. Den faglige forståelsen har fokus på tydelig kommunikasjon, stabilitet, utholdenhet, at en er til å stole på og fremstår som en trygg person. Personalet må klare å se hva pasientenes atferd er et uttrykk for, og ikke bare handle på bakgrunn av den atferden som vises. Informantene trekker frem betydningen av å ha kompetanse i forhold til når en skal utfordre, og når det heller er riktig å gi pasienten ro. Som miljøterapeut må en klare å romme både pasientens lidelsesuttrykk, behov og ønsker. Disse bearbeides og leveres mer ordnet tilbake. I dette ligger å formidle håp om at pasienten vil klare å mestre sine problemer bedre.

Informantene trekker frem at miljøterapi handler om kontinuitet i det miljøterapeutiske arbeidet, og at personale må bruke kontakten til å lære av pasientens erfaringer. En informant bemerket at: *"Vi trenger disse erfaringene for å gjøre en god jobb"*. Det er viktig å bruke

pasientens historie til å forstå, men samtidig som et utgangspunkt for å introdusere alternative forståelsesmåter der pasientens egne erfaringer ikke har bidratt til en bedret funksjon.

Miljøterapi rommer også ivaretagelse av pasientens grunnleggende behov; søvn, hvile, aktivitet, kosthold og hygiene. Her vil miljøterapeuten på mange områder ha en selvstendig funksjon, mens de på noen områder har en støttefunksjon til annen behandling. En støttefunksjon vil eksempelvis være medikamentell behandling hvor miljøterapeuter med godkjenning administrerer forordnet medikasjon, observerer effekt og bivirkninger og rapporterer tilbake til ansvarlig lege.

6.2.3 Medmenneske

Arbeide med mennesker stiller grunnleggende krav til miljøterapeuters medmenneskelige ferdigheter. I dette ligger å vise respekt for pasienten, og å klare å se menneske bak det førsteinntrykket som presenteres. Psykoselidelsen vil kunne representere en utfordring fordi pasienten kan ha gjort ting som er vanskelig å forstå og forholde seg til. Pasientens handlinger kan bryte radikalt med verdier en ønsker å identifisere seg med. Dette vil kreve noe av personale både på et bevisst og ubevisst plan fordi disse utfordringene ellers lett vil synliggjøres i uterapeutiske holdninger til pasienten. Holdningene kan spres fra et personale til annet miljøpersonale gjennom omtale av pasienter i møter, på vaktrommet og ute i posten. Som en informant sa det:

”Jeg tror det er ganske viktig å være reflektert over hvilket verdisyn du har og hva slags holdninger du har til ulike ting. For vi møter jo individer som kan gjøre ting som strider mye mot våre verdier, og det er da vi kanskje opplever krasj også. Det er da viktig å være bevisst hva som treffer oss, og hvordan vi reagerer tilbake”.

Informantene vektlegger at en må nærme seg pasienten som en likeverdig samarbeidspartner, men med ulik kompetanse; personale har sin fagbakgrunn og pasienten sin erfaring. Personlig egnethet trekkes inn som en viktig kvalitet i arbeide med mennesker med en psykoselidelse. En informant sa det slik:

”En må vise empati, respekt, kunne ta vare på pasienten og legge sine egne behov tilside. Og være kanskje litt nysgjerrig på en måte, være litt åpen og tenke – hva handler dette om?”

Å ha medmenneskelige ferdigheter innebærer også å ha mellommenneskelige ferdigheter for å klare å etablere en terapeutisk relasjon. Dette vil omtales senere.

6.3 HELSEFREMMENDE PROSESSER

Analysen ga tre undertema til hovedtema; *sentrale føringer, pasientens historie og pasientens deltagelse og medbestemmelse*. Informantene oppfatter mennesker med en psykoselidelse som grunnleggende sårbare og engstelige. De fremhever at et viktig mål er at pasienten kan delta i, og mestre en felles virkelighet. De uttrykker en erfaring med at pasientene ønsker kontakt, men at de i en del situasjoner ikke mestrer dette på en konfliktfri måte. En informant utalter:

”Jeg tenker at en pasient med psykose trenger ganske mye trygghet og struktur. Men også tilknytning, samhörighet og tilhörighet til andre mennesker. Hovedproblematikken er opplevelsen av å være alene, ha angst, være utrygg og ha en indre verden som gjør at en trekker seg unna eller blir utilgjengelig. Det er viktig å hjelpe pasienten til å delta i en fellesmenneskelig virkelighet”.

6.3.1 Sentrale føringer

”Vi har Psykisk helsevernloven og andre lover som beskytter pasientene i forhold til pasientrettigheter. De har krav på å ha en individuell plan, de har innsynsrett og de har krav på veiledning fra personale slik at ting blir rett. Du er en talsmann, men pasienten har rett til å være med å bestemme selv”.

Informanten viser til bestemmelser som skal sikre pasienten medvirkning. Behandlingsplanen posten arbeider etter går over i en individuell plan ved utskrivelse. Mange av pasientene i posten er ikke frivillig innlagt, og posten har stort fokus på lovverk og forskrifter.

6.3.2 Pasientens historie

Pasienten har kunnskaper om hva som både fremmer og hemmer egen helse. Informantene uttrykker at en i miljøterapi må ta vare på, og videreutvikle pasientens erfaringer med siktemål å utvikle en felles forståelse. På denne måten vil pasienten bli anerkjent for noe mer enn sin lidelse, en opplevelse som er viktig som motivasjon til videre endringsarbeid. Informantene opplever at det i dag ikke er systematisk tilrettelagt for at pasienten kan bringe inn egne erfaringer. Betydningen av historien vises ved uttalelsen fra en informant:

”Vi trenger historien til personen, ha et sammendrag av livet, at du vet noe om de tingene som har gått forut. Dette istedenfor å sitte og gjette seg til ting”.

6.3.3 Pasientens deltagelse og medbestemmelse

Informantene mener at miljøterapi må tilrettelegge for å gi pasienten opplevelsen av å mestre, erfaringer med det å høre til et sted og erfaringer med å kunne påvirke eget liv. Alle pasienter har ressurser, og det er disse det må bygges videre på. Samarbeidet må derfor utvikles med utgangspunkt i arenaer der pasienten kan være delaktig. Utforming av ukeplan med vekt på pasientens deltagelse i aktiviteter og samtaler er eksempler på dette. Informantene trekker frem at pasientene trenger å trene på det å mestre egen hverdag, trene på sosiale ferdigheter og å forstå og håndtere symptomer. Dette er nødvendig for å kunne fungere ute samfunnet. En av informantene sammenfatter det slik:

” Livet for pasienten består jo av det samme som det består av for andre. Det er jo det å finne sin plass, oppleve mening, mestring, at hverdagen har sammenheng, tilhørighet med andre, tilhørighet til eget liv. Og påvirkning på eget liv ikke minst, det er det viktigste av alt”.

6.4 DEN GODE RELASJON

Undertema til hovedtema er at *personale og pasienter står i et relasjonelt forhold til hverandre*. Alle informantene understreket nødvendigheten av å etablere en god relasjon. Denne relasjonen vil være påvirket av problemstillinger knyttet til psykoselidelsen. Pasienten trenger å ha kontakt med andre for å bekrefte sin eksistens samtidig som den samme kontakten skremmer og gjør at han trekker seg unna. Regulering av avstand og nærhet står derfor helt sentralt når personale skal etablere en relasjon som pasienten kan delta i. En slik relasjon krever en varhet fra personale samtidig som en er tilstede; en må gripe de mulighetene som kommer. Flere informanter trekker frem gode relasjonelle erfaringer fra situasjoner hvor det også skjedde noe annet. Dette kan være på en spasertur, biltur, i en idrettsaktivitet eller gjennom en uformell samtale rundt et kaffebord. Samtidig sier de at det kan være vanskelig å vite hvor mye en skal støtte og utfordre i situasjonen, og at dette er noe de trenger veiledning på. En informant uttalte at:

”Vi som arbeider i miljøet tenker mye på regulering av nærhet og avstand, hvor nære kan vi gå en pasient som er psykotisk. Pasientene er veldig utrygge og engstelige og trekker seg ofte unna. Vi må ha en gradvis tilnærming hvor vi prøver ting ut. Ofte oppleves det vanskelig slik at vi trenger veiledning for å få ut egne opplevelser og frustrasjoner”.

Pasientene kan ha problemer med å sette ord på egne tanker og følelser. I tillegg vil mistenksomhet og sanseforstyrrelser kunne lede til feiloppfatninger som igjen vil prege kontakten. For å motvirke dette vektlegger informantene å ha sammenheng mellom verbal og nonverbal kommunikasjon. Videre å føre et språk som inkluderer fremfor å ekskludere. Som personale må en fremstå tydelig og konsistent i det en gjør samtidig som en må etterprøve om pasienten har forstått det som er formidlet. Psykoselidelsen representerer en sårbarhet i relasjonelt arbeid som det er personalets ansvar å håndtere. En informant sier at: *"Det er ikke pasientene som er vanskelige, men vi som ikke klarer å nå frem. Vi evner ikke samtalen"*. Spørsmålet er derfor om personale bruker sin fagkompetanse til en individuell og fleksibel tilnærming, eller om kontakten tar utgangspunkt i personalets eller bedre fungerende pasienters situasjon.

Personalets fokus må ligge på relasjonen med utgangspunkt i en forståelse av pasientens situasjon. Gjennom å ha et fokus på brukermedvirkning må personale søke å inkludere og ansvarliggjøre pasienten i miljøterapeutisk arbeid. Ved å ligge litt i forkant vil en kunne planlegge slik at pasienten trekkes med i aktiviteter. En informant sa det slik:

"Skal vi få til en god relasjon må vi involvere pasienten med sine erfaringer, vi må høre på pasientens erfaringer. Da har vi et mye bedre utgangspunkt".

Møtestrukturen gir forutsigbarhet og kontinuitet som muliggjør dypere og mer forpliktende samtaler mellom personale og pasienter. Strukturen gir trygghet og motvirker den grenseløsheten som ofte preger pasientgruppa. Pasienten er kjent med forventningene til egen rolle og tør å bidra med egne ting innenfor disse rammene.

Personalet har et ansvar som rollemodeller. Gjennom at pasient og miljøterapeut deltar felles i sosiale aktiviteter, treningsaktiviteter eller jobbrelaterte aktiviteter vil pasienten kunne øve opp egne ferdigheter. Informantene viser til en viktig erfaring med at pasienten i disse aktivitetene kan fremstå med andre ferdigheter enn de knyttet til pasientrollen, de kan være i en ekspertposisjon. En miljøterapi som inneholder arenaer som pasienten mestrer er derfor viktig for å skape motivasjon til å arbeide med områder som mestres dårligere. Informantene tenker at den terapeutiske effekten dreier seg om endrede forventninger, både fra pasienten selv, medpasienter og fra personale. Automatiserte samhandlingsmønstre brytes og personale

og pasienter blir mer like. Dette fører til at relasjonen blir friere. Bruk av treningsbolig trekkes frem som et eksempel på hvordan postens struktur kan anvendes. En informant uttaler at:

”Treningsboligene har vært viktige for de som bruker boligene. Det er jo en vei ut til et eget hjem. Jeg ser jo at de fungerer annerledes nede i treningsboligen enn de gjør i post. Skårer mye på det”.

Samtidig er det hverdagen og de forventninger som ligger til den som må synliggjøres. En informant sier at:

”Det er jo livet og hverdagen en må ta tak i, altså livet består av mest hverdager. Det er jo de daglige samhandlingssituasjonene, daglige aktiviteter og gjøremål vi må konkretisere, vise hva som faktisk skjer”.

Miljøterapi må sikre arenaer som legger til rette for å etablere en virksom relasjon. Det må etableres et forpliktende samarbeid rettet mot sentrale problemstillinger i pasientens lidelse. Krav og forventninger fører lett til en opplevelse av utrygghet som igjen fører til motstand. Relasjonen må derfor legges opp slik at pasienten blir interessert ved at kravene er tilpasset hans funksjonsnivå. Krav som mestres skaper videre motivasjon og bidrar til å gjøre pasienten til en aktiv deltager i egen behandling. Etablering av ambulant team trekkes frem som en faktor som bidrar til at kontinuiteten i relasjoner kan beholdes selv om pasienten endrer status fra post via treningsbolig og ut i lokalsamfunnet.

6.5 DILEMMA I MILJØTERAPI

Vatne (2006) betegner et dilemma som en konfliktfylt situasjon en person befinner seg i når en ønsker å ivareta oppgaver som står i motsetning til hverandre. Analysen frembringer to undertema relatert til hovedtema; *sikkerhet i en miljøterapeutisk sammenheng* og *idealer og realiteter i miljøterapi*.

6.5.1 Sikkerhet i en miljøterapeutisk sammenheng

Sikkerhetstenkningen vises ved låste dører, valg av møbler, utsmykning og forhold som antall personale og fordelingen av kvinner og menn i personalgruppa. Informantene vurderer at tiltakene er nødvendige, men samtidig noe personale må være bevisst i forhold til at valgene kan signalisere forventninger som både personale og pasienter ubevisst vil prøve å leve opp til. Informantene problematiserte at regler og strukturer, som i utgangspunktet var

individrettet, av organisatoriske årsaker kan bli generelle. Dette viser at en målsetting om individuelle behandlingstiltak ikke alltid er så lett å gjennomføre i praksis; en blir stående i et dilemma mellom å representere "systemet" samtidig som en skal arbeide individuelt mot den enkelte pasient.

Brukermedvirkning ønskes av det miljøterapeutiske personale, både fordi det er en offentlig føring og fordi en ser nytten av medvirkning i behandling. Informantene sier at det er vanskelig å tenke seg hvordan pasienten kan øke sine problemløsningsferdigheter uten at de deltar. Pasientens psykoselidelse kan imidlertid medføre en grenseløshet og gi et konfliktfylt forhold til omgivelsene. Dette kan gi hindringer i forhold til full medvirkning. For mye ansvar kan en periode være uterapeutisk i forhold til optimal behandling av psykoselidelsen. Det tegnes også en konflikt mellom brukermedvirkning og sikkerhetshensyn i posten. To sitater underbygger dilemmaet:

"Vi skal samtidig drive behandling og ivareta samfunnets behov for sikkerhet, altså sikkerheten til både medpasienter, personale og omverdenen. Derfor er det et spenningsfelt mellom samarbeid, samhandling og autonomi".

"Ingen pasienter er farlige hele tiden. De kan være farlige i visse situasjoner, i visse settinger".

Pasientenes dagsform vil variere, og det kan være vanskelig å ha fleksible systemer som ivaretar dette. Systemutfordringer som turnusarbeid, sykdomsfravær og permisjoner kan føre til at rammer og regler som burde vært justert blir stående lenger enn nødvendig fordi pasientens nærpasienter er borte, og annet personale i posten ikke tar ansvaret. Resultatet kan bli konflikt og en dårlig tilpasset miljøterapi istedenfor en dynamisk miljøterapi som ivaretar pasientens behov. Som miljøterapeut må en derfor bruke egen kompetanse, pasientens historie og relasjonen til pasienten for å gjøre gode vurderinger av pasientens sårbarhetsområder. En må vurdere hva begrensningene i reell brukermedvirkning er tuftet på; er det av hensyn til pasientens utvikling, eller handler det mer om organisering, personalets kompetanse eller maktforhold knyttet til hjelperollen?

6.5.2 Idealer og realiteter i miljøterapi

Dette undertemaet vises på ulike måter i datamaterialet. Et grunntema er hvordan informantenes faglige forståelse utfordres i et tverrfaglig samarbeid. Postens nye lege

vektlegger en medisinsk forståelse. Denne modellen ser psykisk lidelse som resultat av sykdom og retter behandlingen spesifikt mot det området som oppfattes sykt. Metoden legger mindre vekt på relasjonelt arbeid og på dynamiske tilnærmingsmåter. Flere informanter uttrykker usikkerhet til hvordan dette vil virke inn på postens relasjonelle struktur.

Sentrale helsespesifikke føringer gjør at psykiatrien endres i retning færre institusjonsplasser og større fokus på ambulant og poliklinisk behandling. Hensikten er å tilby psykiatrisk behandling i nærmiljøet, og å motvirke de uheldige påvirkningene lange institusjonsopphold har vist seg å kunne ha. Flere informanter oppfatter dette som et tidspress, et tidspress som resulterer i press på relasjonen og som over tid kan bidra til dårligere behandling:

”Behandlingen skal være mer ”effektiv”. Pasientene blir fulgt fra A til E istedenfor fra A til Å. Dette gir noen brudd i relasjoner, og kan vanskeliggjøre prosessen med å flytte ut. I forhold til alvorlig syke psykosepasienter tror jeg det først og fremst er en styrke at vi har fulgt pasientene tett over lang tid”.

Problemstillingen knyttes til at pasientene sliter med problemer som det kan ta tid å endre i positiv retning. De generelle føringene gitt av sentrale myndigheter oppfattes derfor ikke å ta tilstrekkelig hensyn til innlagte pasienters behandlingsbehov.

Posten får innlagt stadig dårligere pasienter, pasienter som i tillegg har få og skjøre strukturer å vende tilbake til. Dette gir et større press på miljøterapeutisk personale, en ressurs posten i utgangspunktet er presset på. En informant sier at:

”Vi får enda sykere pasienter inn som har enda større behov for rammer, struktur og mindre press på sårbarhetsområder. Vi har også pasientene kortere tid før de skal ut. Det setter større press på fagpersonell, og at vi har fagpersonell”.

Bruk av ufaglært arbeidskraft utgjør slik sett et dilemma i forhold til kompleksiteten i pasientenes problemstillinger. Bruk av tvang og grensesetting krever fagteoretiske kunnskaper, kunnskaper om lovverk, gode holdninger og en etisk refleksjon. Bruk av tvang og grensesetting kan inngå i en virksom miljøterapi hvis den ivaretar pasientens behov og bidrar til forutsigbarhet og trygghet. Hvis tvang og grensesetting ikke kan argumenteres for faglig og etisk, vil relasjonen svekkes og dermed fungere uterapeutisk.

De miljøterapeutiske prosessene bidrar til en struktur i miljøterapi ved å klargjøre personalets og pasientens ansvar i relasjonen med utgangspunkt i pasientens funksjonsnivå. Informantene argumenterer for en slik tilnærming. Samtidig argumenterer en informant med at modellen kan oppleves stiv og deterministisk ved at det mellommenneskelige og spontane kan bli borte:

”I en del av disse strukturene og systemene, slik som Gunderson, blir det mellommenneskelige aspektet litt borte. Slik som betydningen av relasjonen. Jeg tenker at relasjonen uansett funksjonsnivå spiller en rolle, hvordan vi møtes vil uansett påvirke oss. Hvordan vi møter pasienten blir viktig uansett hvor dårlige de er”.

Informantens forståelse er at modellene kan brukes, men at en god faglig forståelse av pasientens situasjon er viktig for å motvirke utslag som sitatet beskriver.

Forhold knyttet til rehabilitering av pasienten mot en hjemkommune trekkes frem som et dilemma. Pasienten kan ha en historie hvor det har skjedd kompliserte og dramatiske ting som vanskeliggjør en ny etablering i samme lokalmiljø. Rollen som psykisk syk og utskrevet fra en lukket psykosepost kan i seg selv virke stigmatiserende. En informant sier at: *”Historien løper foran pasienten. Å forberede utskrivelsen er en viktig del av et kommunalt samarbeid”*. Informantene forteller at posten har positive erfaringer med å etablere pasienter i andre kommuner enn hjemkommunen. Innenfor dagens lovverk har hver kommune et primæransvar for sine innbyggere. Det er derfor vanskelig å etablere pasienter i andre kommuner hvis de har et omfattende oppfølgingsbehov selv om dette hadde vært ønskelig ut fra et behandlingssyn.

Informantene har tro på måten det miljøterapeutiske arbeidet er organisert på, men opplever samtidig at det er en ressurskrevende tilnærming:

”Det er bred aksept for den miljøterapeutiske begrunnelsen for å ha strukturen med for eksempel treningsboliger, det er en fornuftig måte å jobbe på. Samtidig er det mange av miljøpersonale som sliter med dårlig samvittighet for de besøkene de ikke får tatt og at de ikke får gjort det de føler de skulle gjort. Derfor er det en belastning på personale”.

Følelsen av å ikke strekke til i det miljøterapeutiske arbeidet forstås av informantene som et sprik mellom idealer og realiteter. Dette kan føre til at fokus blir skjøvet mer mot kontroll og mindre mot utvikling, en velger en tilnærming som krever mindre ressurser. Hvis fokus rettes mer mot pasientens symptomer enn på hele mennesket, kan det føre til at personale blir

kontrollerende og ikke klarer å støtte prosesser som over tid vil fremme en positiv utvikling av pasientens egne ferdigheter. Faren er at dette fører til en mindre tilpasset miljøterapi.

Med bakgrunn i resultatpresentasjonen videreføres studiens funn over til diskusjonsdelen.

7.0 DISKUSJON

Dette kapitlet starter med metodiske refleksjoner knyttet til studiens generaliserbarhet, reliabilitet, validitet og problemstillinger knyttet til forskning på egen arbeidsplass. Videre drøftes studiens funn mot det teoretiske rammeverket. Kapitlet utgjør det teoretiske forståelsesnivået (Kvale 2006). Analysen viser at informantene har vansker med å gi en klar og entydig forståelse av miljøterapi. Samtidig viser den at de har mye kunnskap om hvordan miljøterapi kan være terapeutisk.

7.1 METODISKE REFLEKSJONER

Valg av forskningsmetode ble gjort med utgangspunkt i hvilken metode som best ville besvare studiens forskningsspørsmål. Etter min mening var det kvalitative forskningsintervju godt egnet som metodisk tilnærming. Deltagende observasjon var også en metode som ble vurdert. To problemstillinger gjorde at jeg valgte å gå bort fra denne metoden. Den første var knyttet til min lederrolle. Slik jeg vurderte det ville informantene kunne få problemer med å skille mellom min lederrolle og forskerrolle hvis jeg var tilstede i praksisfeltet. Med dette mener jeg at både informanter og forsker lettere kunne gå inn i automatiserte samhandlingsmønstre. Intervjusituasjonen gir tydeligere rammer og bedre mulighet til å klargjøre rolle og forventninger. Det andre området var knyttet til tid til gjennomføring. Studien har en kort gjennomføringsperiode og intervju ga muligheten til en mer konsentrert datainnsamling.

En fenomenologisk tilnærming representerer en deskriptiv forskningsmetode. Studien støtter seg på teoretisk litteratur og forskningslitteratur. Dette teoritilfanget danner sammen med beskrivelser fra praksis grunnlaget for det deskriptive designet som er sentralt i denne studien. I planleggingen av studien ble nytten av en eksplorativ tilnærmingen vurdert fordi miljøterapifeltet allerede inneholder en del beskrivelser og begreper. Jeg valgte å inkludere dette designet fordi miljøterapi er lite beskrevet gjennom forskning og trenger nye begreper for å tilpasses dagens psykiatriske praksis. Erfaringer fra litteratursøk og gjennomføring har vist at mye kunnskap finnes, men at den må brukes for å utvikle miljøterapi. Jeg har derfor tonet det eksplorative designet noe ned.

Studien ble gjennomført med fem informanter. Det siste intervjuet ga ikke så mye nytt, men bidro til å bekrefte materiale i de fire første. Med utgangspunkt i studiens rammer mener jeg at jeg nådde en rimelig datametning. Min lederrolle ga noen problemstillinger som jeg kommer tilbake til. Ansettelsesforholdet i avdelingen ga meg samtidig god adgang til forskningsfeltet, og muliggjorde en gjennomføring av studien uten noen form for praktiske problemer.

Intervjuene ble gjennomført slik de var planlagt. Det tekniske utstyret fungerte bra, og det virket ikke som opptaksutstyret var forstyrrende for informantene. Lydkvaliteten på opptakene var god. Gjennom intervjuene fungerte intervjuguiden som en rød tråd. Jeg merket at jeg i de første intervjuene var mer bundet av temaene, men at jeg etter hvert klarte å frigjøre meg og ha en åpnere samtale. Bruk av Kvaless (2006) tolv aspekter ved det kvalitative forskningsintervju ga meg en forståelse av intervjuenes struktur. Denne forståelsen sammen med min bakgrunn som psykiatrisk sykepleier med lang klinisk erfaring ga et gunstig utgangspunkt i gjennomføringen av intervjuene. Manglende erfaring med forskning, og manglende erfaring med den metodiske tilnærmingen, virket i motsatt retning.

Under gjennomføringen av intervjuene hadde jeg høy bevissthet på å tilsidesette egen faglig forståelse og heller stimulere informantene til egne refleksjoner gjennom korte oppfølgende spørsmål. Mine innspill fungerte derfor mest avklarende, strukturerende og sikret fremdrift i intervjuet. Min stemme kom først frem gjennom den avsluttende oppsummeringen hvor det empiriske materiale kunne bli påvirket av min forståelse gjennom det jeg vektla.

Oppsummeringen med klargjørende spørsmål kunne på denne måten virke ledende. Dette var noe jeg var bevisst på i intervjuet og i analyse og tolkning. Kvale (2006) sier at ledende spørsmål kan bidra til å utdype problemstillingen og dermed bidra til å bedre studiens reliabilitet. Det er min erfaring at oppsummeringen fungerte på denne måten.

Intervjuene ble skrevet ordrett ut og kvaliteten på det transkriberte materiale var god. Jeg erfarte likevel at utskrevet muntlig tale er tungt tilgjengelig og må arbeides mye med for å gi oversikt og sammenheng. I analysearbeidet fulgte jeg analysetrinnene slik de er beskrevet av Kvale (2006). Analyseprosessen opplevde jeg krevende både i forhold til tid og for å holde oversikten. Med ca. 100 sider transkribert datamateriale måtte meningsfortetting og

meningskategorisering gjøres i flere trinn. Selv om det var noen frustrasjoner underveis mener jeg at analysen fungerte bra. Dette fordi jeg var forberedt på at den krevde systematikk og ville ta tid.

Studiens funn blir presentert gjennom en skriftlig rapport. Fremstillingen følger de vanlige trinnene i en forskningsrapport. Jeg har vektlagt at forskningsspørsmålene skal følge materiale slik at fremstillingen blir logisk og lett tilgjengelig for leser.

7.1.1 Generaliserbarhet, reliabilitet og validitet.

Generaliserbarhet handler om studiens funn er allmenngyldige. Utvalget i kvalitative studier vil relatert til kvantitative metodekrav ikke være representative for hele populasjonen miljøterapeuter. Dette er heller ikke mulig da en kvalitativ studie baseres på et begrenset antall informanter (Kristoffersen 1998). Kvale (2006) drøfter generaliserbarhet ved å vise til psykologisk forskning. Han mener det er en god metode å gå i dybden på et tema med få informanter hvis en virkelig ønsker å forstå et fenomen. Gjennom en fenomenologisk beskrivelse og hermeneutisk tolkning er funnene i denne studien løftet opp på et teoretisk refleksjonsnivå. Ved å følge de kvalitative trinnene i analyse og tolkning mener jeg at studiens funn har betydning også utover det konkrete forskningsfeltet. Materiale gir en forståelse som bidrar til at det terapeutiske innholdet i miljøterapi synliggjøres, diskuteres og dermed ytterligere kan videreutvikles.

God reliabilitet hviler på om kvaliteten i gjennomføringen er god nok til å få svar som en kan stole på. I det kvalitative forskningsintervju er forsker selve instrumentet. I denne studien vil derfor reliabiliteten hvile på forskers forberedelser, gjennomføring og etterarbeid. Det er min opplevelse at jeg har vært godt forberedt i gjennomføring av studien. Samtidig er forskning et område jeg har lite erfaring med slik at veien har blitt til underveis. Med mer erfaring ville jeg nok vært mer direkte i en del valg, og ikke gått de omveiene jeg har gjort. Dette gjelder spesielt analysedelen og drøftingen mot teori. I en læresituasjon er likevel disse omveiene en del av utdanningen.

Begrepet validitet knyttes til gyldighet og relateres til om en virkelig måler det en ønsker å måle, det vil si om en treffer i forhold til forskningsspørsmålene (Friis og Vaglum 1999).

Kristoffersen (1998) viser hvordan en studies validitet avhenger av hvordan en klarer å vise på hvilken bakgrunn studiens funn er fremkommet. Kvale (2006: 166) viser til Pervin (1984) som sier at:

"I en bredere tolkning har validitet å gjøre med i hvilken grad en metode undersøker det den er ment å undersøke, i hvilken grad våre observasjoner faktisk reflekterer de fenomener eller variabler som en ønsker å vite noe om".

Han beskriver videre hvordan validitet ivaretas gjennom en intervjuundersøkelse. Validiteten knyttes til studiens teoretiske for forståelse, metodevalg, informantenes troverdighet og intervjuers kompetanse, kvaliteten på det transkriberte materiale, kvaliteten på analysen, hvordan forskers konklusjoner prøves ut på informantene og hvordan den endelig rapporten maktet å gi en gyldig beskrivelse av studiens funn. Validitetsvurderinger knyttes slik sett til hele gjennomføringen. Tre valideringsområder vil kommenteres. Intersubjektiv validering forstås som konsensus mellom informant og intervjuer om hvordan beskrivelsen i intervjuet kommer i stand. Validiteten hviler på om fremstillingen er korrekt, nøyaktig og objektiv i kunnskapsteoretisk sammenheng (Hummelvoll og Barbosa da Silva 1996). Som Thornquist (2002: 176) med henvisning til Ricoeur (1979) viser må forskeren videre: "... rette oppmerksomheten på hva en tekst sier, og ikke hvem som sier den". I kvalitativ forskning skapes kunnskap ved å løfte materiale ut av den konkrete konteksten og tolke det mot annen forståelse, teori og andre forskningsfunn. Tolkningsfunnene vil dermed kunne gå utover den forståelse og kunnskap som informantene har.

Kommunikativ validering handler om direkte respons fra informantene. Kvale (2006: 170) sier at: "*Kommunikativ validitet innebærer å overprøve kunnskapskrav i en dialog. Gyldig kunnskap oppstår når motstridende påstander blir diskutert i en dialog*". Vurderingen av om tolkningene gir valide svar skjer i dialog med de samme personene som deltar i intervjuene. Tolkningen kan på denne måten frembringe tema og sammenhenger som er utledet fra intervjuene, men som går utover informantenes forståelse i intervjusituasjonen. Kvale (2006) kommenterer også begrepet pragmatisk validitet. Denne valideringsformen følger etter forskningsprosessen og sier noe om hvorvidt ny kunnskap faktisk tas i bruk.

Utvalget ble gjort med bakgrunn i utvalgskriteriene som sikret at informantene hadde en tilstrekkelig for forståelse til å kunne besvare studiens forskningsspørsmål. Som fagperson med lang klinisk erfaring fra miljøterapi satt også jeg med mye for forståelse. Den intersubjektive validiteten ble ivaretatt ved at jeg gjennom intervjuene stilte kontrollspørsmål som: ”Har jeg forstått deg riktig når du sier at...?” Videre gjennom oppsummeringene hvor forsker presenterer sin forståelse for informantene. Den kommunikative valideringen ble skapt gjennom dialogen i intervjuet. Det er min erfaring at disse valideringsformene bidro til å utdype tema, og transkriptet viser også det. Selv om min intensjon var å holde meg tilbake viser transkriptet at jeg noen ganger er for rask med å gripe inn når informanten leter etter ord. Min erfaring er likevel at informantene fikk mye rom, dialogen fløt godt, og at datamateriale totalt sett gir et dekkende bilde av miljøterapi slik informantene opplever den.

Rundbordskonferansen samlet alle informantene og innførte et aksjonselement i denne studien. Her ble resultater og tolkningsfunn lagt frem til diskusjon. Hensikten med konferansen var å gi informantene anledning til å komme med utdypende kommentarer og innspill. Rundbordskonferansen var viktig av hensyn til studiens validitet. Ved at informantene var samlet kunne de oppleve seg tryggere og friere fra en eventuell påvirkning av min lederrolle. Dette er et moment i en valideringsprosess ved at informantene kan bli mer nyanserte og tydelige på egne meninger. Under rundbordskonferansen hadde alle informantene ordet og det kom frem noen utdypende kommentarer. Min erfaring er likevel at de støttet studiens resultater slik de forelå.

Denne studiens funn vil inngå som en del av kunnskapsgrunnlaget i Miljøterapiprosjektet. På denne måten vil den pragmatiske validiteten ivaretas ved at ny kunnskap faktisk tas i bruk.

I gjennomføringen av studien er materiale lagt frem for kommentarer fra medstudenter og lærere. Hele forskningsprosessen er fulgt opp av veileder. Denne forskningsstøtten vil bidra til å bedre studiens reliabilitet og validitet.

7.1.2 Forskning på egen arbeidsplass

Min rolle som leder og forsker representerer en utfordring som ligger i det å opprettholde den distanse som kreves i forskning. Det at jeg også kjenner noen av informantene som tidligere

arbeidskollegaer gjør at mine refleksjoner på dette området blir spesielt viktige. Coghlan og Cassey (2001) viser hvordan forskning på egen arbeidsplass utgjør et innsideperspektiv som krever en bevisst refleksjon fra forsker over forforståelse, syn på organisasjonen og egen rolle som forsker og fagperson. Repstad (1998) beskriver hvordan forskning ”på hjemmebane” krever en særlig oppmerksomhet for å opprettholde en akademisk distanse. Når en som forsker har god kompetanse på forskningsfeltet ligger det en fare i å vurdere kvalitet mer enn å få frem presise beskrivelser fra informantenes ståsted. Videre at ting tas for gitt uten at det stilles spørsmål. På den annen side kan god forhåndskunnskap sette forsker bedre i stand til å forstå det systemet som undersøkes.

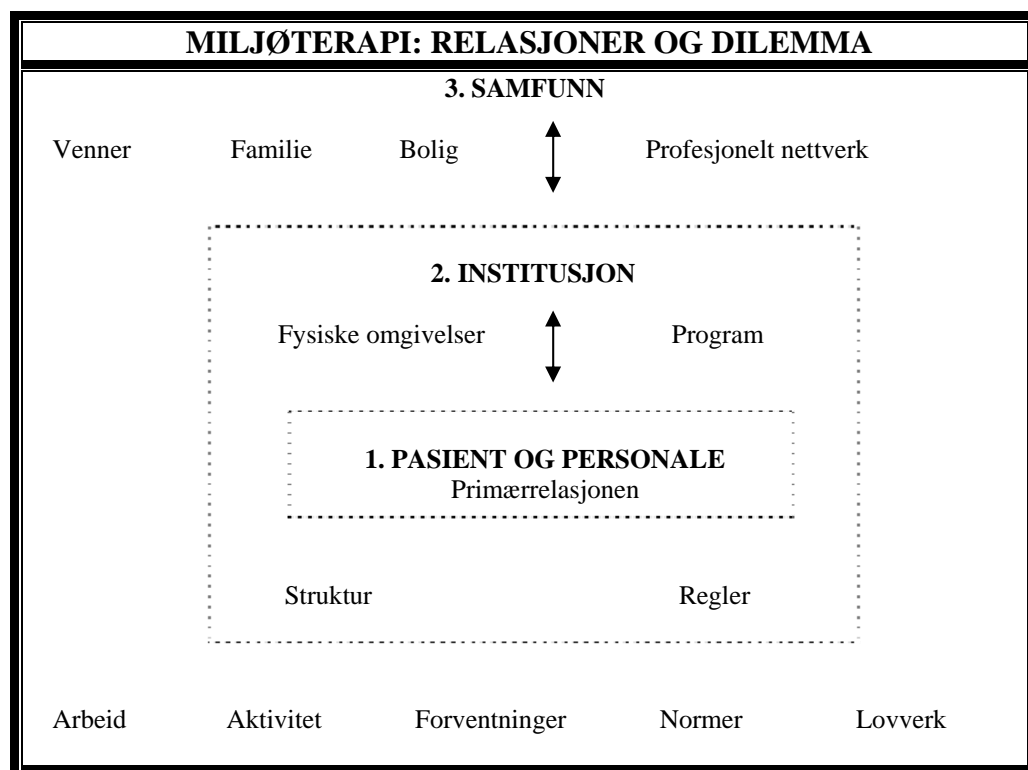
Gjennom endrede rolleforventninger fra en sivil rolle til en forskerrolle kan forsker oppleve usikkerhet og føle seg utenfor det miljø han tidligere var en del av. For informantene kan også rolleendringen være uklar og gi tanker om at informasjonen som fremkommer eksempelvis kan brukes i ettertid til å vurdere den enkeltes kompetanse. Dette kan gjøre at informantene presenterer sin miljøterapeutiske forståelse noe mer idealisert og teoretisk enn realiteten er. Repstad (1998:56) kaller dette forskningseffekt og sier at: *”Med forskningseffekt menes alle virkninger på aktørene og deres samspill av at de er under utforskning og vet om det”*. Han konkluderer likevel med at innvendingene som er kommet ikke er absolutte, og at med utgangspunkt i en kritisk selvrefleksjon er det bare å starte opp. Det å ha en personlig interesse i det som undersøkes kan bidra til en motivasjon som vil være nyttig med hensyn til gjennomføringen. Han sier videre at en viktig forebygging er å snakke om problemstillinger på forhånd.

Mine tiltak var først og fremst å tenke godt gjennom min rolle som forsker. I dette ligger en etisk refleksjon rundt leder- og forskerrollen som tidligere er vist. I forberedelser og gjennomføring av studien var jeg veldig bevisst på å tone ned min rolle som leder. Gjennom mastergradsstudie har jeg arbeidet i avdelingen i en 20% stilling, men hatt få oppgaver mot aktuell post. Jeg har ikke hatt noen kontakt med informantene utenom tilfeldige treff i arbeidssammenheng. Forskerrollen er tydeliggjort gjennom informasjonsmøter, informasjonsskriv og ved oppstart av intervju. Min erfaring fra intervjuene var at informantene så meg mer som forsker enn som leder. Dette begrunner jeg med at intervjuene hadde et sterkt faglig fokus på miljøterapi. Jeg kan ikke utelukke at min lederrolle påvirket

svarene ved at informantene ønsket å fremstå bedre enn de var, men opplevde i intervjuene at informantene ga ærlige og direkte svar. Støttet til Hammersley og Atkinson (1996) mener jeg derfor at jeg har fått utnyttet potensialet i å tilhøre et faglig nettverk samtidig som jeg har unngått fallgruvene.

7.2 DISKUSJON AV STUDIENS FUNN

Tolkning av materiale i den strukturelle analysen har gitt en sammenheng vist i figur 2.



Figur 2 viser hvordan miljøterapi kan forstås innenfor relasjonell tenkning på tre ulike nivå hvor nivåene står i et dynamisk forhold til hverandre samtidig som samspillet utløser noen dilemma. Figuren bygger på Vatnes modell (2006) og utvider forståelsen ved å tydeliggjøre at miljøterapi må forstås på ulike nivå:

1. Relasjonen mellom enkeltmennesker, 2. Relasjonen mellom enkeltmennesker og institusjon og 3. Enkeltmennesker i relasjon til institusjon i relasjon til samfunnet. Nivå 1 omfatter hovedtema 2: Personale som redskap og hovedtema 3: Helsefremmende prosesser. Hovedtema 4: Den gode relasjon beskriver samhandlingen på hvert nivå og mellom nivåene. Hovedtema 1: Miljøterapi: indre liv i en ytre struktur vil ligge rundt som en ramme og representere arenaene der miljøterapi utøves. Hovedtema 5: Dilemma i miljøterapi viser at det relasjonelle arbeidet ikke er konfliktfritt, og at miljøterapi vil formes i møte med ulike forhold på individ, gruppe og samfunnsnivå.

7.2.1 Relasjonen som en grunnleggende struktur

Studiens funn viser at relasjonen mellom pasient og personale er grunnleggende i miljøterapi. Det er ikke bare det som skjer med den enkelte pasient, men også det som skjer mellom pasienten og omgivelsene som har betydning. Miljøterapi kan derfor ikke forstås på bakgrunn av en teori alene. Kunnskap fra psykodynamisk teori, systemteori og sosialpsykiatri brukes i utformingen av miljøterapi. Dette sammenfaller med Bjørnstad (1997) som hevder at miljøterapi ikke må forstås som enkeltstående metoder, men som en måte å organisere behandlingstilbudet på. Materiale viser at den medisinske modellen også påvirker. Den oppleves nyttig i forhold til symptomlindring, men samtidig som en trussel mot en relasjonell forståelse og arbeidsmåte.

Ansvar for å utvikle gode relasjoner hviler på personale. Deres kompetanse blir selve redskapet i behandling. De må fremstå som gode rollemodeller og tilrettelegge miljøet slik at det sikrer både formelle og uformelle møtepunkter og aktiviteter. Materiale viser at en terapeutisk tilnærming må begrunnes i en faglig forståelse hvor også mellommenneskelige ferdigheter og personlig egnethet tillegges vekt. Dette sammenfaller med Vatne (2006) som sier at hvis miljøterapi skal være terapeutisk må tilnærmingen begrunnes i en faglig forståelse som går utover familie- og vennsforhold.

Studien bekrefter Delanys (1997) funn om at fagfeltet har problemer med å formulere en konkret beskrivelse av miljøterapi. Delaneys anbefaling var å avgrense miljøterapi, fremheve noen kliniske funksjoner og begrunne innholdet i disse. Faren ved dette er at en mister helheten. Materiale finner at det nettopp er det helhetlige samspillet som er viktig. En miljøterapi som tar utgangspunkt i at pasienten skal komme inn i positive bedringsprosesser (Borg og Topor 2003) må derfor forstås som overskridende den enkelte metode i behandling. Dette støttes av Hubble et al. (1999) som fant at pasientens styrke og positive relasjonelle erfaringer langt overskred den metodiske tilnærmingen i verdi i bedringsprosessen.

Denne studiens funn støtter opp under det salutogene perspektivet. Det vektlegger pasientens egen innsats i helsefremmende arbeid og at det som skjer må kunne forstås, gis mening og kunne håndteres (Antonovsky 2004). Psykoselidelsen påvirker hvordan verden oppfattes og erfares, og pasienten trenger støtte i sin tilfriskning. Det handler om at en gradvis lar den

gamle oppfatningen av seg selv erstattes med en ny selvoppfatning og en ny måte å møte livet på (Deegan 2001). Deegan hevder videre at miljøet må vektlegge å støtte pasientens egne bedringsstrategier. Samtidig er det viktig å skille på bedrings- og problemløsningsstrategier. Bedring forstås som en positiv prosess hvor pasienten bruker ressurser i helsefremmende retning. Problemløsningsstrategier kan være helsefremmende, men de kan også representere destruktive mønstre som må endres hvis pasienten skal gå i helsefremmende retning. Isolasjon og tilbaketrekning vil være eksempler på en destruktiv problemløsningsstrategi.

Materialet vektlegger at teoretisk kunnskap må kobles med mellommenneskelige ferdigheter og personlig egnethet. Psykoselidelsen påvirker pasientens forhold til seg selv og relasjonen til omgivelsene (Walton 1999, Kristoffersen 2002). Studien understreker hvordan menneskers samhandlingsferdigheter påvirkes når en er i en psykose. Personale må derfor ha kunnskaper om hvordan relasjoner utvikles mellom mennesker, og hvordan sårbarheten psykoselidelsen representerer må tas hensyn til for å utvikle en tilpasset miljøterapi. Kommunikasjon og samarbeid må ta utgangspunkt i pasientens problemer hvis relasjon skal bli terapeutisk (Pejlert 2000). Pasienten må i relasjonen tilføres kompetanse som setter han i stand til å representere seg selv på en myndig måte (Askheim 2003). Guldahl og Gråve (1999) viser hvordan en slik undervisning kan organiseres gjennom psykoedukative programmer.

Miljøterapeutisk personale har en bred faglig plattform, men med vekt på egostøttende behandling. Materialet viser hvordan det miljøterapeutiske arbeidet legges opp med fokus på en innsiktsorientert tilnærming gjennom faste møtestrukturer hvor en søker å utvikle en felles oppfatning av hvordan pasientens problemer kan forstås og gjennom dette behandles. Dette er sammenfallende med de funn Thomas et al. (2002) gjorde. Tilnærmingen er tidligere beskrevet av Stensrud (1999). Miljøterapi med dette utgangspunkt må støtte opp under pasientens ressurser og arbeide med pasientens sviktområder. En må balansere støtte og utfordring med en målsetting om at pasienten igjen kan ta ansvaret. Materiale viser en slik tilnærming gjennom å regulere avstand og nærhet, kontaine pasientens materiale, sikre kontinuitet i tilnærmingen og å være bevist på overførings- og motoverføringsreaksjoner (Lorentzen 1984). Studiens funn viser også hvordan samhandling og aktiviteter i miljøterapi tilrettelegges på en spesiell måte slik at de mestres. Dette kan forstås på bakgrunn av kognitiv svikt som beskrevet av Green (1996) og Ueland og Øie (2006).

Studiens materiale vektlegger de samme miljøvariablene Friis (1984) fant gunstig for mennesker med en psykoselidelse. Miljøet bærer preg av å være strukturert, støttende og ha et klart program. Samtidig vektlegges å dempe sinne og aggresjonsutbrudd for å skape et trygt miljø. Pasientens egenkontroll i forhold til sinne og aggresjon vurderes når beslutninger om blant annet utgang fra post og permisjoner gjøres. Slike vurderinger er viktige, men det er samtidig nødvendig at en tillater noe følelsesuttrykk. Som Stensrud (2005) viser er det pasientens vitalitet en som personale må gripe fatt i. Hvis følelsesuttrykk ikke aksepteres, og dermed undertrykkes av pasienten, vil pasienten ikke lære å representere seg selv på en god måte. Slike relasjonelle føringer kan bidra til et mer eksplosivt miljø. Lav faglig bemanning og en korrigerende tilnærming vil ytterligere forsterke en slik prosess.

Materiale finner en tilnærming med vekt på miljøterapeutiske prosesser slik de er beskrevet av Gunderson (1978). Tilnærmingen grunnes i en hierarkisk tenkning hvor beskyttelse, støtte, struktur, engasjement og gyldiggjøring balanseres opp mot pasientens funksjonsnivå. Funnene viser at pasienten ikke må være en passiv mottaker av hjelp, men bli en aktiv deltager i et samarbeid hvor erfaringer og historien brukes i behandlingen. Materialet finner den samme bekymring som Dam (2003) fant; uten en bevisst og faglig forankret bruk av de miljøterapeutiske prosessene vil de kunne fungere mer som en teknisk tilnærming. Skal de være terapeutiske må de brukes dynamisk, og hvor individ, gruppe og samfunn inkluderes med vekt på pasientens erfaringer.

Studiens funn støtter at miljøterapi må møte psykosens lidelsesuttrykk på områdene beskrevet av Eriksson (1993) og Hummelvoll (2004). I miljøterapi må en ha spesiell fokus på livslidelsen, behandlingstilstanden og den sosiale lidelsen fordi en bedring av disse også vil bedre selve psykoselidelsen. Materialet viser hvordan den psykotiske fungeringen legger hindringer i veien for en aktiv deltagelse i samfunnet. Opplevelsen av å være annerledes, og ha erfaringer som ikke deles av andre, gjør at pasienten trekker seg unna. I psykoselidelsen er angst et sentralt symptom og et symptom som påvirker andre opplevelser. Viktige områder er motstand mot endring, og en følelse av å være alene selv om en er sammen med andre (Strand 1990, Cullberg 2000). Skal en tilnærming være terapeutisk vil det kreves at pasienten opplever lindring for sine plager.

Analysen synliggjør at det miljøterapeutiske arbeidet hviler på et dynamisk samspill hvor selvstendighet, medvirkning og begrensninger balanseres mellom ledelsen, miljøterapeuter og pasienter. Larsen (2004) har beskrevet den samme dynamiske sammenhengen mellom ledelsen og den utøvende miljøterapien. Ledelsen må ta initiativ for å klargjøre den usikkerhet som materiale finner i dagens miljøterapeutiske tilnærming. Med utgangspunkt i en felles faglig plattform vil så ansvaret for den konkrete miljøterapien ligge på miljøterapeuter. Materiale viser at begrensningene i brukermedvirkning relateres til en faglig god behandling av psykoselidelser og sikkerhetstiltak. Vurderingene kan være relevante, men det er viktig at personale kontinuerlig diskuterer hva disse begrensningene er grunnet i. Dette må skje både gjennom gode kliniske vurderinger og bruk av systematiserte vurderingsverktøy (Rasmussen 2002). Uten en slik vurdering vil en lett havne ut med et korrigerende miljø hvor korrigeringen er svakt faglig begrunnet.

Studien viser at personalet har gode intensjoner om å inkludere pasienten i egen behandling. Som Karlsson (1997) understreker har miljøterapien et klart og systematisk formål, og hvor relasjonene preges av en form for påtvungethet. Som pasient vil en måtte forholde seg til medpasienter, personale og postens program. I venne- og familierelasjoner kan en i større grad selv velge hvem en vil være sammen med og hvor mye. Denne strukturen kan være gunstig i forhold til behandling av psykoselidelser hvor det kreves tydelighet og forutsigbarhet, men representerer også en begrensning fordi en må akseptere at alle mennesker ikke går like godt sammen, og at relasjoner som utvikles noen ganger kan virke mot sin hensikt.

På denne bakgrunn må miljøterapi beskrives innenfor en bred relasjonell modell grunnet i eksisterende teori fremfor å avgrense og utvikle en modell som går parallelt med andre tilnærminger. Det vil være viktig å gripe fatt i den usikkerhet som materiale finner rundt faglig forståelse og de konsekvenser det gir for praksis. Studien viser at miljøterapeuter bruker teorier som vektlegger relasjonen og pasientens egne erfaringer. Disse kobles mot teori som binder sammen. Funnene i studien støtter at det tenkes innenfor en stress-/sårbarhetsmodell (Zubin og Spring 1977). Modellen gir nyttige perspektiver på behandling fordi den integrerer biologiske-, psykologiske- og miljøvariabler. Den kan derfor representere

et grunnlag for en tverrfaglig plattform i miljøterapi som vektlegger felles innsats fremfor utarmende profesjonskonflikter.

Materialet viser hvordan posten arbeider med å utvikle dynamiske arenaer hvor pasienten kan representere seg selv, få respons og forme et samarbeid med sine omgivelser på en positiv og konfliktfri måte. Dette skjer gjennom å sikre tilstrekkelig tid til relasjonsbygging, se og bekrefte pasienten som en hel person, tilrettelegge tilbudet i forhold til pasientens ferdigheter og å bruke arenaer både i og utenfor institusjonen. Dette sammenfaller med de funn Borg og Topor (2003) gjorde i sin forskning. En recoverymodell vil kunne inkluderes i en stress-/sårbarhetsmodell (Vatne 2006), men vil gå lenger enn en tradisjonell forståelse i forhold til å anerkjenne pasientens egne opplevelser. Recoverymodellene vil derfor muliggjøre en terapeutisk tilnærming ved å anerkjenne både pasientens erfaringer og deres rett til å representere seg selv (Askheim 2003). Materialet viser at denne tenkningen er tilstede, men at det arbeides med hvordan tenkningen skal få sin praktiske utforming i miljøterapi.

Denne studien mangler pasienterfaringer og det er en svakhet. Det som av personalet forstås som terapeutiske elementer fra pasientens ståsted, er at pasienten gjennom å få anerkjennelse for den personlige historiens betydning gis bekreftelse som en person med en bakgrunn. En blir noe mer enn lidelsen. Muligheten til å bli sett og bekreftet som person skapes ved å være delaktig, og ved at det gis mulighet til medbestemmelse i egen behandling. At en situasjon gis mening, mestres og forstås fører til at en opplever å være deltager i eget liv. Materialet viser hvordan den miljøterapeutiske tilnærming søker å sikre at pasienten opplever mening i det som skjer ved at intervensjoner relateres til hans lidelse, mestring ved at det skapes arenaer for trening, tilhørighet ved å bli inkludert og en opplevelse av å kunne påvirke eget liv. En slik tilnærmingen forstås i lys av Antonovskys (2004) salutogene tenkning. En salutogen kommunikasjon har til hensikt å begripeliggjøre sammenhenger, fokusere på ressurser og styrke pasientens selvfølelse (Jensen og Johnsen 2001). Materiale løfter frem at treffpunktene nettopp har en slik intensjon, opplevelsen skapes ved å relatere seg til andre i en sammenheng.

7.2.2 Indre liv i en ytre struktur

"Hvis hensikten med miljøterapien er at pasienten skal lære å mestre livet ute i samfunnet så må dette prege miljøutformingen også i posten, den må ligge så nære en normalhverdag som mulig" (Kværna og Lund 2004: 51).

Studien trekker frem hvordan en i miljøterapi skaper arenaer mot individ, gruppe og samfunn som muliggjør at pasienten får erfaringer i situasjoner som ligner de han vil møte i samfunnet. Materiale viser en miljøterapeutisk struktur som legger opp til å gi konkrete erfaringer og hvor hverdagen settes inn i en samfunnsmessig sammenheng. Programmet gir mulighet til å drøfte situasjoner i forkant for å skape motivasjon og i etterkant for å evaluere erfaringer. Disse erfaringene brukes i planleggingen av videre innhold i miljøterapien. Materiale viser at en vektlegger å benytte fritids-, sysselsettings- og arbeidstiltak ute i samfunnet der det vurderes som realistisk. Fordi en har sett at pasienten trenger å prøve seg ut i et mer skjermet miljø er det utviklet parallelle tiltak innenfor sykehuset; kulturarrangementer, treningsaktiviteter, kafé og sysselsettingstiltak. Den miljøterapeutiske tilnærmingen bringer tankene til det terapeutiske samfunn som ønsket å skape et samfunn i miniatyr, men uten storsamfunnets uheldige sider (Jones 1971). Det terapeutiske samfunn var opptatt av kontekst og hadde idealene å skape økt kommunikasjon, økt ansvar hos alle, økt aktivitet og økt kontakt ut mot samfunnet (Brudal 1989). Basert på materialet synes disse videreført i dagens miljøterapi. Forskjellen ligger i at perspektivet nå primært er individuelt, og at miljøet er mer støttende og mindre utfordrende. Tillitt og fellesskap er videreført som viktige prinsipper, mens et miljø basert fullt ut på frivillighet og demokratiske prinsipper ansees for krevende for pasientgruppa.

Materiale understreker at det fysiske miljø må preges av noe mer enn å være funksjonelt innenfor en sykehusfunksjon. Miljøet må ha en lun atmosfære og ligne på et hjemmemiljø. Moderne lokaler signaliser at pasientgruppa har verdi, men pasientene føler seg ikke helt hjemme der. Dette kan skyldes at miljøet bidrar til å skape avstand, et kaldt og sterilt miljø understreker sykehusfunksjonen på bekostning av hjemmelighet. Personalet vil kunne oppfattes i en ekspertposisjon. Bruk av treningsboliger peker i motsatt og mer integrerende retning. Disse arenaene bidrar til å sikre pasienten treningsarenaer på et mer likeverdig grunnlag. Suksessfaktoren ligger i vekst gjennom endrede forventninger fra pasienten selv, fra medpasienter og fra personale. Strand (1990) og Hummelvoll (2004) har festet kvaliteter til det fysiske miljø for at det skal ha en terapeutisk effekt. Deres beskrivelser gjenfinnes i denne studien. I en post vil det ligge begrensninger fordi en må ta hensyn til mange. I treningsboliger og egne boliger kan det fysiske miljø gis en mer individuell utforming.

Studiens funn viser hvordan erfaringer med å mestre står sentralt i miljøterapi.

Individperspektivet i en egopsykologisk tilnærming handler om å utvikle pasienten fra eget ståsted. En slik tilnærming vil representere et problem hvis en ikke samtidig klarer å åpne opp for at pasienten er en del av et større system som også påvirker. Systemteori flytter fokus fra individet til relasjonen mellom mennesker, og forholdet mellom mennesker og situasjonene de er i (Jensen 2004). Den sosialpsykiatriske tilnærmingen søker å tilrettelegge samfunnsstrukturer slik at pasienten møtes på premisser han har muligheter for å håndtere. Materiale viser hvordan en aktivt arbeider med å lage systemer som ivaretar pasienten over i en ny livssituasjon. Drevdal (2002) viste hvordan mennesker med ulike avvik i en samfunnsstruktur lett kommer i en marginalisert rolle, og hvordan dette preger relasjonen mellom pasient og omgivelser på en negativ måte. Dette materiale finner hvor viktig det er med treveiskommunikasjon mellom pasient, sykehus og kommune for å sikre en god relasjon basert på likeverdige bidrag. Goffmann (1978) har gjennom boka *Asylums* fremsatt en kritikk av institusjonene fordi de kan bidra til at pasientens problemer både opprettholdes og forsterkes. Materiale viser hvordan miljøterapien nettopp søker å motvirke den avmaktsfølelsen Goffmann beskriver gjennom å tilføre pasienten problemløsningserfaringer fra ulike arenaer.

Analysen synliggjør hvordan miljøterapien struktureres gjennom miljøterapeutiske prosesser. Hvordan disse makter å inkludere samfunnet vil være avgjørende for om miljøterapi klarer å bli en treningsarena som representerer et speilbilde av samfunnet. Figur 2 markerer rammen rundt primærrelasjonen og institusjon som en stiplet linje. Dette symboliserer ønske om et dynamisk og aktivt forhold til omgivelsene. Med utgangspunkt i Gundersons tenkning relateres beskyttelse til institusjonen. Det samme med støtte, men støtten må ha en retning som støtter pasientens egne ressurser og hans bevegelse mot fungering i samfunnet. Bekreftelse og gyldiggjøring må arbeides med både mens pasienten er i institusjon og utenfor. Her er det viktig å huske at det kan være begrenset overføringsverdi av erfaringer gjort i en annen sammenheng enn der de skal brukes. Dette viser igjen viktigheten av å ha en miljøterapi som inkluderer samfunnet som arena for læring og behandling. Videre at en har fokus på nettverksarbeid, og hvordan kompetanse må overføres mellom de ulike ledd i behandlingsskjeden. Materialet viser at miljøterapien ønsker å arbeide i denne retningen, men at det ligger noen dilemmaer i tenkningen som nå vil drøftes.

7.2.3 Dilemma i miljøterapi

Et miljø som sikrer vekst opp mot behovet for struktur og sikkerhet fremkommer som et sentralt dilemma i miljøterapi. Materiale viser hvordan en ønsker å ha et brukerperspektiv hvor den enkelte pasients individuelle behov møtes samtidig som fellesskapets og samfunnets behov ivaretas. Krogstad (1998) hevder at psykiatrien og miljøterapi har to motstridende funksjoner. På den ene siden vil psykiatrien være tillagt en kontrollfunksjon på vegne av samfunnet. På den andre siden vil den være i en hjelperrolle som skal sikre pasienten optimal behandling. Vatne (2006) sier at psykiatriens kontrollfunksjon sjelden har ført til positiv utvikling hos pasienten, noen ganger er den til og med skadelig. Karlsson (1997) hevder at denne konflikten påvirker relasjonen mellom personale og pasient på en måte hvor den ene blir ekspert, observerer og skal hjelpe den andre. Materialet viser at miljøpersonale er opptatt av disse spørsmålene.

Studiens funn viser at postens miljøterapi er bredt faglig forankret og at pasientens medvirkning og eget helsefremmende arbeid vektlegges. Miljøterapi basert på en relasjonell tenkning oppfattes å være en selvstendig intervensjon i behandling. Det arbeides med å integrere brukerperspektivet og pasientens eget helsefremmende arbeid i en praktisk hverdag. Analysen viser at en medisinsk tilnærming sees som viktig, men at personale opplever den konfliktfylt i forhold til at den truer etablerte relasjonelle arbeidsmåter. Dette fordi den medisinske modellen relaterer pasientens symptomer til en sykdom og derfor legger mindre vekt på de terapeutiske elementene i selve relasjonen. Bøe og Thomassen (2000) hevder at den medisinske modellen fungerer reduksjonistisk og lett utelukker andre forklaringsperspektiver. Løchen (1971) sier at ved å lete etter årsak til atferd bare inne i individet unnlater en å se at atferd kan forklares i en sosial relasjon eller konflikt. Den faglige usikkerheten som studien finner tyder på at den miljøterapeutiske forståelse er for dårlig forankret. Usikkerheten kan lede mer mot kontroll enn mot et utviklende og likeverdig samarbeid. Brudal (1989) synliggjør nettopp dette, miljøterapi handler om å leve med paradokser i et samspill. En må ta hensyn til struktur og sikkerhet samtidig som en må tørre å bryte grenser. Uten dette vil det ikke skapes et terapeutisk miljø. Relatert til studiens funn vil en refleksjon rundt disse referansene kunne bidra til å synliggjøre de mulige konflikter som ligger i en ulik forståelse. Ved at konflikter relatert til grunnsyn fremstår som kjente får personale muligheten til å arbeide med dem for å finne en felles plattform.

Materiale finner at mangel på fagutdannet personale oppfattes som en begrensning i forhold til å utnytte det potensial som ligger i miljøterapeutisk arbeid. Manglende kompetanse kan gjøre at en ikke tar de utviklende valgene i avgjørende situasjoner, og heller blir regelstyrt og rigid i sin tilnærming. Vatne (2003) viser hvordan lav faglig utdanning sammen med en svak faglig ledelse kan legge grunnen for en tilnærming basert på kontroll og korrigerende. Denne studien finner at ledelsen så langt ikke har klart å forankre miljøterapi i en felles faglig forståelse. Etter min mening oppfattes ledelsen svak fordi den er utydelig. Gamle strukturer er satt under press samtidig som ny forståelse ikke er integrert hos miljøpersonalet. Den usikkerheten som skapes kan sementere en lite fleksibel praksis istedenfor å gi trygghet til å utforme en aktiv, dynamisk og fleksibel miljøterapi. Vatnes forskningsfunn er relevante i denne studien fordi dilemma som finnes i dette materiale kan forstås på bakgrunn av hennes korrigerende og anerkjennende perspektiv. Det korrigerende perspektiv representerer et ekspertperspektiv, en lineær beskrivende tenkemåte hvor mennesket endrer seg utenfra ved en ytre styring. Det anerkjennende perspektivet representerer et relasjonelt fokus som fokuserer på myndiggjøring og likeverd både av pasient og personale. Innenfor denne tilnærmingen forstås menneske å endre seg selv innenfra. Miljøpersonale ønsker å arbeide innenfor en anerkjennende tilnærming, i materiale er det her vi finner det verdimeslige grunnlaget. Samtidig bringer samfunnets krav om sosial kontroll, manglende kompetanse blant personale, systemutfordringer og press på tid en over i en mer korrigerende tilnærming. Det kan synes som om miljøterapeutenes forståelse av endring som en ytre- eller indrestyrt prosess enten er lite klargjort, eller ikke har styrke til å synliggjøres i praktisk handling. Det kan være årsaken til at de blir stående i de dilemma de er i. Ansvar for å skape ny bevegelse vil ligge hos alt miljøterapeutisk personale, men særlig hos ledelsen (Larsen 2004).

Materialet understreker at tid er en kritisk faktor. Det ligger en konflikt mellom tid til relasjonelt arbeid opp mot plassmangel og effektivitetskrav. Relatert til dette er det viktig å se på total behandlingstid både i og utenfor institusjon. Miljøterapeutisk behandling vil fortsette utenfor institusjon, men da innenfor andre rammer. Samtidig er det viktig at en har nok tid i starten av behandlingen til å bygge en bærekraftig allianse. Borg og Topor (2003) konkluderer i sin forskning med at nok tid er en vesentlig terapeutisk faktor. De viser videre at bruk av nok tid setter i gang pasientens egne prosesser, noe som legger grunnlaget for mer varige

endringer. Ved psykoselidelser må derfor miljøterapi på ulike arenaer gis tilstrekkelig tid slik at helsefremmende prosesser kan etableres.

Overføring av kunnskap og kompetanse vil være et avgjørende punkt for å sikre kontinuitet i behandling. Thomas et al. (2002) fant at for lite ble gjort for å forberede pasienten på et liv i samfunnet. Denne studien finner at miljøterapien ønsker å gi pasienten disse erfaringene, men at det samtidig ligger noen dilemma i den miljøterapeutiske tilnærmingen. Pasientene sliter med problemstillinger som er etablert over lang tid, og som det tar tid å komme i dialog med pasienten om. Jeg deler derfor Gabrielsens (1999: 32) bekymring når hun sier at:

"Det er en fare for dehumanisering av pasienten dersom effektivitetskravene fører til en vektlegging av medikamentell behandling, vurdering av medisinenes virkning og bivirkning og manglende sykepleierressurser til terapeutiske en-til-en samtaler".

Dilemmaene i miljøterapi vil påvirke de valgene som fattes. Samtidig er det min forståelse at muligheten for vekst og utvikling ligger i spenningsfeltet som disse dilemmaene representerer. Utfordringen blir å bruke dem utviklende, og ikke som et argument for å ikke utvikle miljøterapi. Studien viser hvordan det miljøterapeutiske programmet må ha treffpunkter som inkluderer samtidig som det er støttende, strukturert og individuelt tilpasset. To kritiske punkt er hvordan pasienten klarer å anvende sine kunnskaper i nye sammenhenger og hvordan personale makter å overføre kunnskap og kompetanse til nye samarbeidspartnere. Sentrale myndigheter har gitt klare føringer i forhold til hva som skal vektlegges i psykiatrisk behandling. Samtidig har vi en samfunnsutvikling som på mange måter bygger opp under sårbarheten for utvikling av psykiske lidelser (Mæhlum 2005). Dette synes gjennom endringer i nærmiljø, større press på familierelasjoner og et samfunn med sterk vekt på det individuelle ansvar fremfor solidaritet og fellesskap. Som Kristoffersen (2006) viser vil alle mennesker gjennom livet løpe en helserisiko. Miljøet pasienten lever i kan være vekstfremmende, men også inneholde elementer som hindrer utvikling. Miljøterapi blir å tilrettelegge et miljø som er tilpasset pasientens funksjonsnivå samtidig som en i fellesskap arbeider med å styrke pasientens problemløsningsferdigheter. Det kan til en viss grad tilrettelegges for støtte og oppfølging ute, men det vil kreves at pasienten gjennom opphold i institusjon tilføres kompetanse som setter han i stand til å møte lokalsamfunnets krav og forventninger.

8.0 KONKLUSJONER OG ANBEFALINGER

I dette kapitlet vil materiale konkluderes og forskningsspørsmålene besvares. Avslutningsvis kommer jeg med anbefalinger for praksis og videre forskning.

8.1 STUDIENS BETYDNING

Denne studien tar utgangspunkt i to forskningsspørsmål som vil undersøke hva miljøterapeuter forstår som virksomme elementer i miljøterapi rettet mot mennesker med en psykoselidelse, og hvordan miljøterapeuter forstår miljøterapiens bidrag i behandlingen av psykoselidelser.

I forhold til forskningsspørsmål 1 finner studien at relasjonen mellom pasient og personale er en grunnleggende faktor i en virksom miljøterapi. I denne relasjonen vil personales faglige kompetanse, mellommenneskelige kompetanse og personlige egnethet spille en avgjørende rolle. I tillegg må en virksom miljøterapi legge til rette for at pasienten kan bruke erfaringer og egne ressurser i sin bedringsprosess. Med utgangspunkt i denne primære relasjonen må arenaene miljøterapi utøves på inkludere et gjensidig samspill med omgivelsene forstått som institusjon og samfunn. Det er derfor hele nettverket av menneskelige relasjoner, og hvordan disse utvikles, som blir sentralt. Viktige forutsetninger er at personale har en felles forståelse av hvordan psykosen påvirker pasientens forhold til seg selv og samhandlingen med andre. Figur 2 viste hvordan miljøterapi kan utøves på tre ulike nivå som står i et relasjonelt og dynamisk forhold til hverandre. Tenkning etter en slik modell kan bidra til å sikre virksomme elementer i en utvidet miljøterapeutisk forståelse.

Studien finner at en virksom miljøterapi har en bred faglig forankring, og at den enkelte metode overskrides i en helhetlig og tilpasset tilnærming til pasientens problemer. Bedring knyttes til hele pasientens selvopplevelse, og ikke bare fravær av symptomer. Materiale viser en grunnleggende forståelse knyttet til egostyrkende behandlingstiltak. Den relasjonelle arbeidsmåten forankres i en systemteoretisk tenkning. En sosialpsykiatrisk forståelse med utgangspunkt i det terapeutiske samfunn gjenfinnes også i materiale som viktig i en virksom miljøterapi. Forskjellen nå ligger i at perspektivet er mer individuelt og at miljøterapi utøves av miljøterapeuter. Leger og psykologer arbeider på andre arenaer.

Studien viser at informantene har et engasjement for miljøterapeutisk arbeid. De ønsker å nærme seg pasienten slik at plager lindres og pasienten utvikler nye ferdigheter som sikrer en helsefremmende utvikling. Dette engasjementet er viktig for å skape motivasjon til endringsarbeid. Utfordringen ligger i med utgangspunkt pasientens liv å skape en helhetlig tilnærming som sikrer utvikling både i et kortere og lengre perspektiv.

Dilemmaene som finnes i miljøterapi vil påvirke valgene som fattes på både individ-, gruppe- og samfunnsnivå. Materiale viser en del dilemma som kan legge hindringer for en inkluderende medvirkning. I en virksom miljøterapi må det utvikles en faglig bevissthet i forhold til hva begrensningene begrunnes i. Målsettingen må være å utvikle et likeverdig samarbeid som ivaretar pasientens sårbarhetsområder samtidig som miljøterapien bruker arenaer både i og utenfor institusjonen.

Relatert til forskningsspørsmål 2 finner studien at miljøterapiens bidrag i behandling er å etablere arenaer som sikrer pasienten sosiale erfaringer, og som tilfører pasienten kunnskaper han trenger for å mestre livet i samfunnet. Miljøet vil på denne måten romme pasienten i fysisk og psykologisk forstand. Dette skjer innenfor trygge og strukturerte rammer som legger til rette for å inkludere pasientens egne erfaringer og ressurser. Som vist har pasientens egenaktivitet stor betydning for utfallet av den enkeltes bedringsprosess. I en utvidet miljøterapeutisk forståelse inkluderes samfunnet i en virksom miljøterapi. Materiale viser at fagfeltet er opptatt av dette, men at ulike problemstillinger gjør at en foreløpig ikke fullt ut klarer å utnytte det potensial som ligger der.

Den teoretiske gjennomgangen viser at miljøterapi har en teoretisk forankring som gjør at den kan forklares. Av materiale kan det likevel utledes et spørsmål om miljøterapi, slik den forstås av miljøterapeuter i dag, har faglig styrke til å gjennomføre en selvstendig tilnærming i en tverrfaglig sammenheng. Funnene viser at selv med en bred faglig forståelse synes en medisinsk modell å ha forrang i konkrete kliniske spørsmål. Med utgangspunkt i hvordan informantene presenterer sin forståelse kan en undre seg over dette. En grunn kan være at miljøterapeuters relasjonelle forståelse mangler en god nok faglig forankring. Det vil i tilfelle kunne gi en faglig utrygghet som kan forklare at de har vansker med å synliggjøre og argumentere for en miljøterapeutisk tenkning. Målsettingen må være at miljøterapeuter får en

faglig plattform som gjør at de kan stå i et tverrfaglig samarbeid, og gjennomføre tiltak som er hensiktsmessig relatert til pasientens situasjon. En stress-/ sårbarhetsmodell vil inkludere ulike teoretiske forståelser og kan legge grunnlaget for et slik tverrfaglig samarbeid. Materiale viser at forståelsen må arbeides med slik at den er bedre forankret i den enkelte miljøterapeut.

Funnene i dette studiet sammenfaller med hovedtrekkene i annen forskning på miljøterapi. Det nye bidraget er å tydeliggjøre hvordan en bevisst tilnærming til miljøterapi på individ, institusjon- og samfunnsnivå muliggjør en mer helhetlig tilnærming til pasienten og hans lidelse. Materiale viser at kritikken som er reist er berettiget. Denne studien støtter imidlertid ikke Delaneys konklusjon om å avgrense miljøterapien ved å fokusere og forklare noen kliniske funksjoner. Miljøterapi må isteden bruke eksisterende kunnskap og organiseres slik at den har et innhold som møter pasienten bredt på ulike funksjonsnivå og arenaer i livet. Miljøterapeuter må gi de små hverdagslige hendelsene et tema og sette dem inn i en sammenheng. Dette vil være med å gi miljøterapi som fag, og miljøterapeut som yrke, en sterkere identitet.

8.2 BETYDNING FOR PRAKSIS

Behandling av psykoselidelser krever en tverrfaglig tilnærming hvor kunnskaper fra biologi, psykologi, samfunnsvitenskap og miljøterapi spiller sammen i en helhetlig tilnærming. Innledningsvis viste jeg at miljøterapi står sentralt i voksenpsykiatrisk behandling og utgjør en tidsmessig stor del av pasientens behandlingstilbud. Kvaliteten på dette tilbudet vil derfor påvirke kvaliteten på hele behandlingstilbudet pasienten mottar. Studiens funn har vist betydningen av relasjonelt arbeid i en utvidet miljøterapeutisk forståelse. Relasjonelt arbeid må derfor vektlegges og videreutvikles både mellom personale og pasienter, mellom ulike fagprofesjoner i institusjonen og mellom institusjonspersonale og helsepersonell i kommunehelsetjenesten. For å klare dette må personales kompetanse utvikles både faglig og mellommenneskelig, noe som må synliggjøres gjennom kurs og opplæringsprogrammer. I tillegg må personlig egnethet vektlegges gjennom en bevisst ansettelsespolitikk. I og med at personale er redskapet i behandling må miljøterapeuter som gruppe være bredt sammensatt for å kunne møte hele pasienten. En helsefaglig kompetanse vil utgjøre grunnlaget, men miljøterapeutisk kompetanse må forstås bredere enn bare helsefaglig kompetanse. Ledelsen vil legge premissene for miljøterapeutisk praksis og har en nøkkelrolle i å utvikle

samarbeidsmodeller mellom de ulike nivåene av den miljøterapeutiske organisasjon. I dette ligger å arbeide aktivt for å utvikle en felles plattform som muliggjør en felles behandlingsstrategi.

Føringer fra sentrale myndigheter legger opp til brukermedvirkning og vektlegging av pasientens erfaringer. Toleransen for annerledeshet er økende i samfunnet samtidig som medias kobling av psykiske lidelser og kriminalitet er med på å opprettholde uvitenhet og fordommer. Denne studien viser hvordan praksisfeltet må forholde seg til disse problemstillingene, og hvordan miljøterapi må ha et innhold som setter pasienten i stand til å mestre utfordringen. Relasjonen til samfunnet må brukes til å spre kunnskap som muliggjør en god integrering av mennesker med psykoselidelser. Granerud (1999) viste hvordan lokalsamfunnet reagerer med usikkerhet, redsel og behov for informasjon når pasienter med lang innleggelsestid i psykiatriske institusjoner skrives ut til en selvstendig bosituasjon. Denne kunnskapen må ligge som en del av utformingen av miljøterapi rettet mot målgruppa.

Dilemmaene som er vist gjør at personale hele tiden må foreta valg, og disse valgene påvirker miljøterapien. Psykiatrien, og særlig poster som behandler mennesker med tvang etter psykisk helsevernloven (Norge 2007), vil ha et ansvar for å gjøre gode vurderinger rundt frihet og begrensninger. Materiale viser at hendelsesforløp må dokumenteres, og at det må utvikles metodikk som kombinere faglig skjønn med standardiserte prosedyrer. Dette for å gjøre gode individuelle vurderinger i planlegging av det miljøterapeutiske arbeidet rundt den enkelte.

8.3 ANBEFALINGER FOR VIDERE FORSKNING

Litteraturgjennomgangen viser at det foreligger en del erfaringsbasert kunnskap, men lite forskning på miljøterapi. Målet med studien har vært todelt. For det første at systematisering av kunnskap, og refleksjon over praksis, skal gi økt miljøterapeutisk kunnskap. For det andre at den økte kunnskapen kan stimulere til videre forskning. Med utgangspunkt i denne studien vil jeg peke på fem områder som kan danne grunnlaget for ny forskning.

Studien belyser miljøterapi ut fra miljøterapeuters perspektiv. Det første området knyttes derfor til å undersøke pasientenes erfaringer med virksomme elementer i miljøterapi som denne studien finner. Her vil pasienterfaringene Thomas et al. (2002) fant være viktige. Det

andre området knyttes til distriktpsikiatriske sentra (DPS) og kommunehelsetjenesten som tillegges nye oppgaver. Denne studien har tatt utgangspunkt i det psykiatriske sykehuset og sett ut mot kommunehelsetjenesten. Hvordan miljøterapi oppfattes og viser seg ute i DPS og kommunehelsetjenesten vil kunne gi utviklende og korrigerende perspektiver. Det tredje området knyttes til dilemma i miljøterapi. Miljøterapi gir mange muligheter, men må formes mot strukturer og forventninger både på individ-, institusjons- og samfunnsnivå. Hva styrer de valgene som tas? Et område vil spesielt kommenteres. Denne studien ønsket å se på miljøterapeuters forståelse av miljøterapi i en tverrfaglig sammenheng. Selv om miljøterapi forstås som en likeverdig tilnærming viser erfaringene at dette ikke synliggjøres i praksis. En utdypning av dette problemområdet er derfor nødvendig slik at en mer målrettet kan arbeide med problemstillingen.

Det fjerde området knyttes til det som kalles personlig egnethet. Kværna og Lund (2004) peker på at miljøterapi krever en fingerspissfølelse som omfatter sensitivitet, empatisk evne og det de oppfatter som et vanskelig begrep; personlig egnethet. Denne studien finner det samme begrepet. Er det slik at noen mennesker har en terapeutisk væremåte i kraft av sine verdier og måter å fungere på uavhengig av realkompetanse, eller er dette en ferdighet som utvikles parallelt i samspill med psykiatrifaglig kompetanse? Det femte området knyttes til Miljøterapiprosjektet som allerede er i gang. Dette prosjektet har også fokus på forskning og fagutvikling. Denne studien vil inngå som en selvstendig del av Miljøterapiprosjektet, og vil muliggjøre videre arbeid med mine funn innenfor dette prosjektets rammer.

Borg og Topor (2003) viser hvordan det psykiatriske fagmiljøet har en betydelig mer pessimistisk holdning til mulighetene for å friskne til etter å ha hatt en alvorlig psykisk lidelse enn det forskningsresultater gir grunnlag for. Dette sammenfaller med andre funn som viser at det ofte tar lang tid før forskningsfunn fører til endringer av praksis (Hummelvoll 2003). Miljøterapiprosjektet representerer et handlingsorientert forskningssamarbeid, det er et forskningsprosjekt i og med praksisfeltet. Gjennom å være inkludert i Miljøterapiprosjektet vil denne studien kunne integreres som en del av et videre kunnskapsgrunnlag. Det er positivt.

9.0 REFERANSER

- Adams, S.M. and Partee, D.J. (1998). Hope: The Critical Factor in Recovery. *Journal of Psychosocial Nursing*. Volume 36(4): 29-32.
- Andersen, A.J.W. (1997a). *Uten fasit. Perspektiver på miljøterapi*. Fagernes: Cappelen Akademisk Forlag.
- Andersen, A.J.W. (1997b). Miljøterapi – det utfordrende mangfoldet. I: Andersen, A.J.W. (red.). *Uten fasit. Perspektiver på miljøterapi*. Fagernes: Cappelen Akademisk Forlag.
- Antonovsky, A. (1985). The Life Cycle, Mental Health and the Sense of Coherence. *Isr.J.Psychiatry Relat. Sci.*, 22(4): 273-280.
- Antonovsky, A. (2004). *Helbredets mysterium. At tåle stress og forblive rask*. Tredje opplag. København: Hans Reitzels Forlag.
- Askheim, O.P. (2003). *Fra normalisering til empowerment. Ideologier og praksis i arbeid med funksjonshemmede*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bjørnstad, G. (1997). Kan miljøterapi gi barn et bedre selvilde? Om miljøterapi i en barnepsykiatrisk avdeling. I: Andersen, A.J.W. (red.). *Uten fasit. Perspektiver på miljøterapi*. Fagernes: Cappelen Akademisk Forlag.
- Borg, M. og Topor, A. (2003). *Virksomme relasjoner. Om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Bratheland, O., Bloch Thorsen, G.-R. og Haaland, T. (2004). *Miljøterapi – en modell for tenkning, holdning og handling i en psykiatrisk institusjon*. Stavanger: Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning.
- Brink, P.J. and Wood, M.J. (1998). *Advanced design in nursing research. Second edition*. London: SAGE Publication.
- Brown, G. (1985). The discovery of expressed emotions: introduction or deduction? I: Leff, J. and Vaughn, C. (red.). *Expressed emotions in families*. New York: Guilford Press.
- Brudal, P.J. (1989). *Psykosier og psykoterapi. Schizofreni – uforståelig og uheldelig eller et forsøk på tilpasning?* Oslo: Tano.
- Buber, M. (1992). *Jeg og du*. Oslo: Cappelen Forlag.

- Buber, M. (1995). *Det mellanmännskeliga*. Ludviga: Dualis Forlag AB.
- Bøe, T., Knudsen, H. og Haaland, T. (2003). *Miljøterapeutiske prosesser i en psykiatrisk avdeling. Forståelse, forankring, forandring*. Stavanger: Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning.
- Bøe, T.D. og Thomassen, A. (2000). *Mot en mer menneskelig psykiatri. Fra autoritet og kontroll til dialog og deltagelse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Coughlan, D. and Cassey, M. (2001). Action research from the inside: issues and challenges in doing research in your own hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 35(5): 674-682.
- Cullberg, J. (2000). *Psykosser. Et humanistisk och biologisk perspektiv*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Dam, L. (2003). Psykiatrisk miljøterapi – en metode til analyse af miljøterapi i psykiatrisk praksis. *Klinisk sygepleie* 17. årgang, nr. 4: 52-57.
- Deegan, P.E. (1997). Recovery as a journey of the hearth. I: Spaniol, L., Gagne, C. and Koehler, M. *Psychological and social aspects of psychiatric disability*. Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Deegan, P.E. (2001). *Intentional Care. Employee performance standards that Support Recovery and Empowerment* [online]. http://www.intentionalcare.org/index_2.html [Siteret 25.04. 2007].
- Delaney, K.R. (1997). Milieu therapy: A therapeutic loophole. *Perspectives in Psychiatric care*, 33(2): 19 – 28.
- Drevdal, D.J. (2002). Home and Border: The Contradictions og Community. *Adv.Nurs.Sci.* 24(3): 8-20.
- Eriksson, K. og Lindholm, L. (1993). Lidande och kärlek ur et psykiatrisk vårdperspektiv – en casestudie av møtet mellan menneskligt lidande och kärlek. I: Eriksson, K. (red.). *Møten med lidanden*. Åbo: Åbo Akademi. Vårdforskning, Insitutionen for vårdvetenskap. Reports from the department of Caring Science nr. 4.
- Evang, A. (1986). *Utvikling, personlighet og borderline*. Oslo: J.W. Cappelen Forlag.
- Frese, F.J. (1993). Twelve Aspects of Coping for Persons with Schizophrenia. *Innovations and research*, 2(3): 39-46.

- Friis, S. (1984). Hva slags kunnskap har vi om hva slags behandlingsmiljø som er gunstig for ulike typer pasienter? I: Vaglum, P. (red.). *Institusjonsbehandling i moderne psykiatri*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Friis, S. og Vaglum, P. (1999). *Fra ide til prosjekt – en innføring i klinisk forskning*. Oslo: Tano Aschehoug A/S.
- Gabrielsen, V.A. (1999). *Psykiatrisk sykepleiers rolle og funksjon i dagens tverrfaglige miljøterapi*. Hovedoppgave ved Det medisinske fakultet, Institutt for sykepleievitenskap. Oslo: UiO.
- Gadamer, H.-G. and Dutt, C. (1995). *Hermeneutik, Esthetik, praktische Philosophie. Hans-Georg Gadamer im Gespräch*. Heidelberg: C. Winter.
- Goffmann, E. (1978). *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Harmondsworth: Penguin.
- Granerud, A. (1999). *De nye naboene – hvordan blir psykiatriske langtidspasienter mottatt i nærmiljøet når de etablerer seg i egne boliger?* Göteborg: Nordiska hälsovårdshögskolan. MPH: 17.
- Green, M.F. (1996). What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? *American Journal of Psychiatry*, nr. 153: 321-330.
- Guldahl, V.G. og Gråwe, R.W. (1999). *Et selvstendig liv - Mestring av psykosesymptomer*. Trondhjem: Psykiatrisk Institutt, NTNU.
- Gunderson, J.G. (1978). Defining the therapeutic processes in psychiatric milieus. *Psychiatry*, Vol. 41: 327-335.
- Hammersley, M. and Atkinson, P. (1996). *Feltmetodikk*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Hatling, T. og Østbye, R. (1998). Kunnskapens kompleksitet – psykiatriens store utfordring. I: Andersen, A.J. og Karlsson, B. (red.). *Psykiatri i endring – forståelse og perspektiv på klinisk arbeid*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Hellevik, O. (2003). *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hubble, M.A., Miller, S.D. and Duncan, B.C. (1999). *The Hearth and Soul of Change - What Works in Therapy*. Washington D.C.: American Psychological Association.

- Hummelvoll, J.K. (1998). *Internasjonalt utsyn – resymé av forskning og fagutvikling i psykiatrisk sykepleie*. Elverum: Høgskolen i Hedmark, Rapport 10.
- Hummelvoll, J.K. (2003). *Kunnskapsdannelse i praksis. Handlingsorientert forskningssamarbeid i akuttpsykiatrien*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hummelvoll, J.K. (2004). *Helt – ikke stykkevis og delt*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hummelvoll, J.K. og Barbosa da Silva, A. (1996). Det kvalitative forskningsintervju som metode for å nærme seg den psykiatriske sykepleiers livsverden i kommunehelsetjenesten. *Vård i Norden*, 16(2): 25-32.
- Jensen, P. (2004). Relasjonsmodellen. I: Hummelvoll, J.K. *Helt – ikke stykkevis og delt*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Jensen, T.K. og Johnsen, T.J. (2001). *Sundhetsfremme i teori og praksis*. Aarhus: Philosophia, Institutt for Filosofi. Aarhus Universitet.
- Jones, M. (1971). *Det terapeutiske samfunn*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Jordahl, H. og Repål, A. (1999). *Mestring av psykoser. Psykososiale tiltak for pasient, pårørende og nærmiljø*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Karlsson, B. (1997). Miljøterapi – begrep og innhold – en kritisk drøftelse. I: Andersen, A.J.W. (red.). *Uten fasit. Perspektiver på miljøterapi*. Fagernes: Cappelen Akademisk Forlag.
- Kristoffersen, K. (1998). *Pårørende og søsken i psykisk helsevern. Hermeneutisk metode, søskens opplevelse, pårørendesamarbeid*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Kristoffersen, K. (2002). Det tredje øret. I: Bjørk, I.T., Helseth, S. og Nortvedt, F. (red.). *Møte mellom pasient og sykepleier*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, K. (2006). *Helsens sammenhenger. Helsefremmende prosesser ved kronisk sykdom*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Krogstad, J.G. (1998). Psykiatri og makt: noko å mase om? I: Andersen, A.J.W. og Karlsson, B. (red.). *Psykiatri i endring - forståelse og perspektiv på klinisk arbeid*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Kvale, S. (1983). The Qualitative Research Interview: A phenomenological and hermeneutical mode of understanding. *Journal of Phenomenological Psychology*, 14(2): 171-196.

- Kvale, S. (2006). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kværna, E. og Lund, B. (2004). *Biter av liv – miljøterapeutiske fortellinger og refleksjoner*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Larsen, E. (2004). *Miljøterapi med barn og unge. Organisasjonen som terapeut*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Larsen, T.K. og Friis, S. (2003). Psykososial behandling av schizofreni: noe å bry seg om? *Medisinsk årbok*: 69-76. Oslo: Norli.
- Lauveng, A. (2006). *I morgen var jeg alltid en løve*. Oslo: Cappelen.
- Linde, K.R. (2004). *Dobbelt opp*. Hovedfagsoppgave i sykepleievitenskap. Medisinsk fakultet. Oslo: Institutt for sykepleievitenskap, UiO.
- Linde, S. og Nordlund, I. (2006). *Innføring i profesjonelt miljøarbeid*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Lorentzen, S. (1984). Overføring, motoverføring og container-funksjon i en psykiatrisk avdeling. I: Vaglum, P. (red.). *Institusjonsbehandling i moderne psykiatri*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Løchen, Y. (1971). *Idealer og realiteter i et psykiatrisk sykehus*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Lønning, I. (1992). Det allmenne i medisin og helsepolitikk. *Tidsskrift Norsk Lægeforening*, 112 (1): 101-105.
- Mæhlum, S. (2005). *Krenket jeg deg? Den økede sårbarheten hos personer med begynnende demens og omsorgspersoners mulighet til å respektere deres integritet*. Master of Public Health. Gøteborg: Nordiska högskolan for folkhelsovetenskap.
- Møgelsvang, S. og Dalsgaard, A. (2006). Magtutøvelse i klinisk praksis. *Klinisk sygepleie* 20. årgang, nr. 2: 42-48.
- Norge (2007). *Psykisk helsevernloven med forskrifter. Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern: vedtatt 02.07.1999, nr. 62*. Oslo: MEDLEX Norsk Helseinformasjon.
- Normann, T., Tveit Sandvin, J. og Thommesen, H. (2003). *Om rehabilitering. Mot en helhetlig og felles forståelse?* Oslo: Kommuneforlaget.

- Pejlert, A. (2000). *Living a life with meaning and dignity in spite of suffering from long – term schizophrenia: Contributions of care*. Unpublished dissertation. Umeå universitet, Umeå.
- Peplau, H.E. (1988). *Interpersonal Relations in Nursing. A conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. Houndmills: MacMillan Education.
- Pervin, L.A. (1984). *Personality*. New York: Wiley.
- Prosjektbeskrivelse (2007). *Miljøterapi prosjektet*. Sykehuset Innlandet HF Sanderud, Avdeling for psykosebehandling og rehabilitering.
- Rasmussen, K., Jakobsen, D. og Urheim, R. (2002). *HCR-20. Vurdering av voldsrisko*. Trondheim: Psykologisk institutt, Norges teknisk-vitenskapelige universitet.
- Ravelli, A., Donker, M.C.H. and Geelen, K. (1997). Health Education in Mental Health Services. *Journal of Psychological Nursing*, 35(10):35-40.
- Repstad, P. (1998). *Mellom nærhet og distanse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ricoeur, P. (1979). *Fortolkningsteori*. København: Vintens Forlag.
- Robberstad, H. (2002). *Kommunepsykiatri. Pionerer, vekst og utvikling*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Røssberg, J.I. (2005). Relasjoner mellom pasienter og stab. Hva fremmer et gunstig behandlingsresultat? I: Oppjordsmoen, S., Vaglum, P. og Bloch Thorsen, G.-R. (red.). *Oss imellom. Om relasjonenes betydning for mental helse*. Stavanger: Hertervig Forlag.
- Skau, G.M. (1992). *Mellom makt og hjelp. En samfunnsvitenskapelig tilnærming til forhold mellom klient og hjelper*. Oslo: Tano.
- Snoek, J.E. og Engedal, K. (2004). *Psykiatri. Kunnskap, Forståelse, utfordringer*. Oslo: Akribe.
- Sosial og helsedirektoratet (2005). *Individuell plan 2005. Veileder til forskrift om individuell plan*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Steffensen, V. (2007). Psykologisk behandling av schizofreni på sengepost. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, nr. 44: 148 – 150.
- Stensrud, B. (1999). Kom i dialog med schizofrene. *Tidsskrift Sykepleien* nr. 21: 55-58.

- Stensrud, B. (2005). Ressurs- og sikkerhetsposten - et miljø for vekst og utvikling? I: Landheim, A. og Bakken, K. (red.). *Den stygge andungen. Syv fortellinger om rusmisbruk og psykiske lidelser i en behandlingshverdag*. Stavanger: Hertervig Forlag.
- Stortingsmelding nr. 25 (1996-97). *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudet*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Stortingsproposisjon nr. 63 (1997-98). *Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2006*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Strand, L. (1990). *Fra kaos mot samling, mestring og helhet. Psykiatrisk sykepleie til psykotiske pasienter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag A/S.
- Thomas, S.P., Shatell, M. and Martin, T. (2002). What's Therapeutic About the Therapeutic Milieu? *Archives of Psychiatric Nursing*, Vol. 16, No. 3: 99-107.
- Thorgaard, L., Haga, E. (2006). Bind 1. *Gode relationsbehandlere og god miljøterapi*. Stavanger: Hertervig Forlag.
- Thorgaard, L. (2006). Bind 2. *Empatiens bevarelse i relationsbehandlingen i psykiatrien*. Stavanger: Hertervig Forlag.
- Thorgaard, L. (2006). Bind 3. *Dynamisk psykoseforståelse og dynamisk relationsbehandling*. Stavanger: Hertervig Forlag.
- Thorgaard, L. (2006). Bind 4. *Individuel mestring og mestring i relation*. Stavanger: Hertervig Forlag.
- Thorgaard, L. (2006). Bind 5. *Håndbog for relationsbehandlere. Relationsbehandling, miljøterapi og mestring*. Stavanger: Hertervig Forlag.
- Thornquist, E. (2002). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Topor, A. (2004). *Vad hjälper? Vegar til återhemntning från svåra psykiska problem*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Ueland, T. og Øie, M. (2006). *Kognitiv svikt ved psykoser. Et informasjonshefte for personer med psykotisk lidelse, deres familie og venner*. Stavanger: Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning.

- Vaglum, P., Karterud, S. og Jørstad, J. (1984). Sosialpsykiatrisk tenkning og demokratisk organisasjon, eller psykoanalytisk tenkning og funksjonell hierarkisk organisasjon? I: Vaglum, P., Karterud, S. og Jørstad, J. (red.). *Institusjonsbehandling i moderne psykiatri*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Vatne, S. (2003). *Korrigere og anerkjenne. Sykepleieres rasjonale for grensesetting i en akuttpsykiatrisk behandlingspost*. Avdeling for dr. polit. – graden. Oslo: Institutt for sykepleievitenskap, UiO.
- Vatne, S. (2006). *Korrigere og anerkjenne. Relasjonens betydning i miljøterapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Walton, J.A. (1999). On living with schizophrenia. I: Madjar, I. and Walton, J.A. (red.). *Nursing and the Experience of Illness. Phenomenology in Practice*. London: Routledge.
- Zubin, J. and Spring B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 18: 103 – 126.

VEDLEGG 1: SVAR FRA NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hørfagren gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Kjell Kristoffersen
Avdeling for helsefag
Høgskolen i Vestfold
Postboks 2243
3103 TØNSBERG

Vår dato: 15.02.2007

Vår ref: 16223/GT

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 24.01.2007. Meldingen gjelder prosjektet:

16223
Behandlingsansvarlig
Daglig ansvarlig
Student

Miljøterapi – virksomme elementer i miljøterapi rettet mot behandling av psykoselidelser.
Høgskolen i Vestfold, ved institusjonens øverste leder
Kjell Kristoffersen

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/endringskjema>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/database/>

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.05.2007 rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Bjørn Henrichsen


Geir Teigland

Kontaktperson: Geir Teigland tlf: 55 58 33 48

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi:

VEDLEGG 2: SØKNAD TIL AVDELINGSSJEF

Avdelingssjef ...

Avdeling ...

Her

Dato: 15.02.2007

Søknad om å få gjennomføre datainnsamling ved intervju i post ...

Høstsemesteret 2006 og vårsemesteret 2007 er jeg som kjent i studiepermisjon for å gjennomføre mastergradsstudie i psykisk helsearbeid ved Høgskolen i Hedmark. Deler av utdanningen er gjennomført ved Høgskolen i Vestfold. Jeg er nå i gang med den avsluttende mastergradsoppgaven som skal innleveres i mai 2007. Min veileder er dr.polit. Kjell Kristoffersen som er ansatt i en mindre stilling ved Høgskolen i Vestfold i tillegg til at han er ansatt ved Universitetet i Bergen..

Avdelingen starter opp et miljøterapiprosjekt i disse dager. Mitt prosjekt vil være et selvstendig bidrag under dette prosjektet. Mastergradsoppgavens tittel er:

Miljøterapi - virksomme elementer i miljøterapi rettet mot behandling av psykoselidelser.

Hensikten med studiet å klargjøre hvordan miljøterapi forstås av erfarne miljøterapeuter relatert til mennesker med en psykoselidelse. Videre å belyse hvordan miljøterapeuter oppfatter miljøterapiens plass i psykiatrisk behandling relatert til målgruppa. Miljøterapi utgjør en tidsmessig stor del av det behandlingstilbudet pasienten mottar i institusjon. Tilnærmingen er kritisert og trenger å klargjøres i forhold til grunnlag og innhold. Særlig viktig er perspektivene pasientens delaktighet i egen behandling og samfunnet som ramme for behandling i institusjon.

Målsettingen er at systematisering av kunnskap og refleksjon over egen praksis vil gi økt miljøterapeutisk kunnskap. Kunnskap og dokumentasjon av praksis vil kunne styrke miljøterapiens posisjon i et tverrfaglig samarbeide og bidra til et totalt sett bedret behandlingstilbud til pasientgruppa.

Oppgaven vil bestå av en teoretisk og en empirisk del. Empiriske data samles inn ved at det gjennomføres inntil seks intervjuer med miljøterapeuter som arbeider i klinisk praksis. Inklusjonskriteriet i undersøkelsen er høgskoleutdanning med eller uten videreutdanning, og med minimum tre års klinisk relevant praksis. Skal undersøkelsens problemstilling kunne besvares krever det informanter med god miljøterapeutisk erfaring. Dette er bakgrunnen for inklusjonskriteriene. Tre til fire uker etter intervju vil informantene bli invitert med i en rundbordskonferanse hvor forsker får respons på sin foreløpige analyse og tolkning.

Undersøkelsen følger anerkjente forskningsetiske retningslinjer og er meldt inn til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). NSD er høgskolens personvernombud for forskning. En godkjenning her er en forutsetning for å gjennomføre intervjuundersøkelsen. Intervjuene planlegges gjennomført i uke åtte og ni i 2007.

Informantene velges ut og inviteres med av avdelingssykepleier etter et skjønnsmessig utvalg. De som er interessert i å delta vil informeres muntlig og skriftlig om undersøkelsen; hensikt, gjennomføring, metode, anonymitet og frivillighet. I prosjektperioden vil datamateriale bli behandlet konfidensielt, og det er kun personer knyttet til prosjektet som vil ha tilgang til datamateriale. Ved prosjektslutt 31. mai 2007 vil datamateriale bli anonymisert og lydopptak slettet.

Avdelingssykepleier er muntlig informert om undersøkelsen som er planlagt gjennomført. Under forutsetning av at denne søknaden innvilges vil jeg ta skriftlig kontakt med posten ved avdelingssykepleier. Miljøterapeutisk personale vil skriftlig forespørres og det skriftelige svaret ansees som et informert samtykke. Ferdig mastergradsoppgave vil gjøres tilgjengelig for sykehuset og de informanter som har deltatt i undersøkelsen.

Jeg er kjent med mulig forskningseffekt ved å forske på egen arbeidsplass. Min studie er imidlertid ingen evaluering, men et forsøk på å beskrive og begrunne den miljøterapien som gis med siktemål en bedret praksis. Slik sett ligger det inne et viktig og relevant fagutviklingsperspektiv.

Vedlagt følger prosjektbeskrivelse og informasjonsskriv til informantene med samtykkeerklæring. Ved behov for ytterligere informasjon om prosjektet kan undertegnede kontaktes på telefon ...

Med hilsen

Vedlegg 1: prosjektbeskrivelse

Vedlegg 2: informasjonsskriv med samtykkeerklæring

VEDLEGG 3: SVAR FRA AVDELINGSSJEF

Dato: 16.02.2007

VEDRØRENDE SØKNAD OM GJENNOMFØRING AV FORSKNINGSPROSJEKT

Viser til din søknad om gjennomføring av datainnsamling ved intervju i post .

Din søknad innvilges og du ønskes lykke til i ditt arbeid.

Med vennlig hilsen

Avdelingssjef

VEDLEGG 4: SØKNAD TIL AVDELINGSSYKEPLEIER

Avdelingssykepleier ...

Avdeling ...

Post ..

Her

Dato: 15.02.2007

Søknad om å få gjennomføre datainnsamling ved intervju i post ...

Høstsemesteret 2006 og vårsemesteret 2007 er jeg som kjent i studiepermisjon for å gjennomføre mastergradsstudie i psykisk helsearbeid ved Høgskolen i Hedmark. Deler av utdanningen er gjennomført ved Høgskolen i Vestfold. Jeg er nå i gang med den avsluttende mastergradsoppgaven som skal innleveres i mai 2007. Min veileder er dr.polit. Kjell Kristoffersen som er ansatt i en mindre stilling ved Høgskolen i Vestfold i tillegg til at han er ansatt ved Universitetet i Bergen.

Avdelingen starter opp et miljøterapiprosjekt i disse dager. Mitt prosjekt vil være et selvstendig bidrag under dette prosjektet. Mastergradsoppgavens tittel er:

Miljøterapi - virksomme elementer i miljøterapi rettet mot behandling av psykoselidelser.

Hensikten med studiet å klargjøre hvordan miljøterapi forstås av erfarne miljøterapeuter relatert til mennesker med en psykoselidelse. Videre å belyse hvordan miljøterapeuter oppfatter miljøterapiens plass i psykiatrisk behandling relatert til målgruppa. Miljøterapi utgjør en tidsmessig stor del av det behandlingstilbudet pasienten mottar i institusjon. Tilnærmingen er kritisert og trenger å klargjøres i forhold til grunnlag og innhold. Særlig viktig er perspektivene pasientens delaktighet i egen behandling og samfunnet som ramme for behandling i institusjon.

Målsettingen er at systematisering av kunnskap og refleksjon over egen praksis vil gi økt miljøterapeutisk kunnskap. Kunnskap og dokumentasjon av praksis vil kunne styrke miljøterapiens posisjon i et tverrfaglig samarbeide og bidra til et totalt sett bedret behandlingstilbud til pasientgruppa.

Oppgaven vil bestå av en teoretisk og en empirisk del. Empiriske data samles inn ved at det gjennomføres inntil seks intervjuer med miljøterapeuter som arbeider i klinisk praksis. Intervjuene planlegges gjennomført i uke åtte og ni i 2007. Hvert intervju vil ha en varighet på ca. 1 – 1,5 timer. Inklusjonskriteriet i undersøkelsen er høgskoleutdanning med eller uten videreutdanning og minimum tre års klinisk relevant praksis. Skal undersøkelsens problemstilling kunne besvares krever det informanter med god miljøterapeutisk erfaring. Dette er bakgrunnen for inklusjonskriteriene. Tre til fire uker etter intervju vil informantene bli invitert med i en rundbordskonferanse hvor forsker får respons på sin foreløpige analyse og tolkning.

Informanter til undersøkelsen utvelges av deg som avdelingssykepleier etter et skjønnsmessig utvalg basert på inklusjonskriteriene. Dette for å ivareta forskningsetiske prinsipper. De som er interessert i å delta vil informeres muntlig og skriftlig av forsker om undersøkelsen; hensikt, gjennomføring, metode, anonymitet og frivillighet. I prosjektperioden vil datamateriale bli behandlet konfidensielt, og det er kun personer knyttet til prosjektet som vil ha tilgang til datamateriale. Ved prosjektslutt 31. mai 2007 vil datamateriale bli anonymisert og lydopptak slettet.

Undersøkelsen følger anerkjente forskningsetiske retningslinjer og er meldt inn til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). NSD er høgskolens personverneombud for forskning. En godkjenning her er en forutsetning for å gjennomføre intervjuundersøkelsen. Avdelingssjef er skriftelig informert om undersøkelsen og har gitt sitt tilsagn. Under forutsetning av at du innvilger denne søknaden vil jeg ta kontakt med deg for videre planlegging frem mot oppstart. Det er i regi av miljøterapiprosjektet allerede planlagt et informasjonsmøte i posten hvor jeg vil delta. Miljøterapeutisk personale vil skriftlig forespørres og det skriftelige svaret anses som et informert samtykke. Ferdig mastergradsoppgave vil gjøres tilgjengelig for sykehuset og de informanter som har deltatt i undersøkelsen.

Jeg er kjent med mulig forskningseffekt ved å forske på egen arbeidsplass. Min studie er imidlertid ingen evaluering, men et forsøk på å beskrive og begrunne den miljøterapien som gis med siktemål en bedret praksis. Slik sett ligger det inne et viktig og relevant fagutviklingsperspektiv.

Vedlagt følger prosjektbeskrivelse og informasjonsskriv til informantene med samtykkeerklæring. Ved behov for ytterligere informasjon om prosjektet kan undertegnede kontaktes på telefon ...

Med hilsen

Vedlegg 1: prosjektbeskrivelse

Vedlegg 2: informasjonsskriv med samtykkeerklæring

VEDLEGG 5: SVAR FRA AVDELINGSSYKEPLEIER

Enhetsleder

Avdeling

Sykehuset

På bakgrunn av tilsendt informasjon om mastergradsundersøkelsen – Virksomme elementer i miljøterapi rettet mot psykoselidelser – samtykker jeg i at [redacted] intervjuer miljøterapeuter i post [redacted] avdeling for [redacted]. Det forutsettes at intervjuundersøkelsen godkjennes i Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

Jeg er kjent med at undersøkelsen er godkjent i Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

160207

Enhetsleder

VEDLEGG 6: INFORMASJON TIL INFORMANTER OG SAMTYKKEERKLÆRING

Miljøterapeutisk personale
Post ...

Her

Dato: 15.02.2007

Vedrørende intervjuundersøkelse i forbindelse med mastergradsoppgave.

Undertegnede holder på med å gjennomføre en mastergradsstudie i psykisk helsearbeid ved Høgskolen i Hedmark. Deler av utdanningen er gjennomført ved Høgskolen i Vestfold. Jeg er nå i gang med den avsluttende mastergradsoppgaven som skal innleveres i mai 2007. Min veileder er dr.polit. Kjell Kristoffersen som er ansatt i en mindre stilling ved Høgskolen i Vestfold i tillegg til at han er ansatt ved Universitetet i Bergen.

Avdelingen starter opp et miljøterapiprosjekt i disse dager. Mitt prosjekt vil være et selvstendig bidrag under dette prosjektet. Mastergradsoppgavens tittel er:

Miljøterapi - virksomme elementer i miljøterapi rettet mot behandling av psykoselidelser.

Hensikten med studiet å klargjøre hvordan miljøterapi forstås av erfarne miljøterapeuter relatert til mennesker med en psykoselidelse. Videre å belyse hvordan miljøterapeuter oppfatter miljøterapiens plass i psykiatrisk behandling relatert til målgruppa. Miljøterapi utgjør en tidsmessig stor del av det behandlingstilbudet pasienten mottar i institusjon. Tilnærmingen er kritisert og trenger å klargjøres i forhold til grunnlag og innhold. Særlig viktig er perspektivene pasientens delaktighet i egen behandling og samfunnet som ramme for behandling i institusjon.

Målsettingen er at systematisering av kunnskap og refleksjon over egen praksis vil gi økt miljøterapeutisk kunnskap. Kunnskap og dokumentasjon av praksis vil kunne styrke miljøterapiens posisjon i et tverrfaglig samarbeide og bidra til et totalt sett bedret behandlingstilbud til pasientgruppa.

Oppgaven vil bestå av en teoretisk og en empirisk del. Empiriske data samles inn ved at det gjennomføres inntil seks intervjuer med miljøterapeuter som arbeider i klinisk praksis. Du er blitt forespurt av avdelingssykepleier om å delta i undersøkelsen. Hvert intervju vil ha en varighet på ca. 1 – 1,5 time og vil finne sted innenfor arbeidstiden. Tidspunkt avtales god tid i forveien. Intervjuene vil være semistrukturerte, det vil si med åpne spørsmål hvor den enkelte kan svare ut fra egen situasjon og erfaring. Hovedhensikten med intervjuene er å få frem den enkeltes forståelse og erfaring med virksomme elementer i miljøterapi og hvordan en forstår miljøterapi relatert til behandling av psykoselidelser. Av hensyn til videre analyse og tolkning av data vil intervjuene tas opp på bånd. Tre til fire uker etter intervju vil du bli invitert med i en rundbordskonferanse hvor jeg får respons på min foreløpige analyse og tolkning.

Undersøkelsen er godkjent av avdelingssjef og avdelingssykepleier. Den følger anerkjente forskningsetiske retningslinjer og er meldt inn til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). NSD er høgskolens personverneombud for forskning. Godkjenning her er en forutsetning for å gjennomføre intervjuundersøkelsen. Intervjuene planlegges gjennomført i uke åtte og ni i 2007.

Deltagelse i studien er frivillig, og du kan senere også velge å trekke din deltagelse hvis du ønsker det. I prosjektperioden vil datamateriale bli behandlet konfidensielt, og det er kun personer knyttet til prosjektet som vil ha tilgang til datamateriale. Ved prosjektslutt 31. mai 2007 vil datamateriale bli anonymisert og lydopptak slettet.

Det er i regi av miljøterapiprosjektet planlagt et informasjonsmøte i posten. I tillegg til denne skriftelige informasjonen vil jeg delta i dette møtet. Sammen med dette informasjonsskrivet vedlegges en samtykkeerklæring. Underskrivning av samtykkeerklæringen ansees som et informert samtykke fra deg til å delta i undersøkelsen. Det gis ingen økonomisk kompensasjon for deltagelse i intervjuet, men hver deltager i undersøkelsen vil få et eksemplar av mastergradsoppgaven.

Til slutt vil jeg understreke at min studie ikke er en evaluering, men et forsøk på å beskrive og begrunne den miljøterapien som gis med siktemål en bedret praksis. Slik sett ligger det inne et viktig og relevant fagutviklingsperspektiv.

Ved behov for ytterligere informasjon om prosjektet og deltagelsen kan du kontakte undertegnede på telefon ...

Med hilsen

Vedlegg: samtykkeerklæring

Samtykkeerklæring
Deltagelse i intervjuundersøkelse ved post ...

Dato: 15.02.2007

”Miljøterapi – virksomme elementer i miljøterapi rettet mot behandling av psykoselidelser”

På bakgrunn av den informasjon jeg har fått om dette studiet ønsker jeg å delta i intervjuundersøkelsen.

Jeg er kjent med at undersøkelsen er et ledd i en mastergradsoppgave ved Høgskolen i Hedmark. Jeg er forespurt fordi min utdanning og erfaring er relevant for undersøkelsen, og fordi jeg innehar den kompetanse som undersøkelsen retter seg mot.

Jeg er kjent med at deltagelse i undersøkelsen er frivillig, og at jeg når som helst kan trekke meg hvis jeg ønsker det.

Intervjuene gjennomføres innenfor arbeidstiden etter nærmere avtale. Det gis ingen økonomisk kompensasjon for deltagelsen. Jeg er kjent med at den informasjon jeg gir vil bli anonymisert slik at min rett til konfidensialitet vil bli sikret i fremstillingen av resultatene.

Ved behov for ytterligere informasjon om prosjektet og deltagelsen kan du kontakte undertegnede på telefon ...

Samtykkeerklæringen returneres undertegnede i vedlagte konvolutt. En kopi av samtykkeerklæringen vil bli gitt deg ved gjennomføringen av intervjuet.

Dato:

Signatur:

VEDLEGG 7: INVITASJON TIL RUNDBORDSKONFERANSE

Miljøterapeutisk personale

Post ...

Her

Dato: 18.04.2007

RUNDBORDSKONFERANSE

Hei og takk for sist. Det er nå gått seks uker siden sist intervju. Som det ble informert om i informasjonsskrivet, og som jeg tok opp i intervjuet, ønsker jeg å ha en felles samling med alle informantene fra studien. I denne konferansen vil jeg presentere analyse og foreløpige funn. Hensikten med samlingen er å få kommentarer og innspill fra dere på det som presenteres.

Innspillene fra dere vil bli notert ned stikkordsmessig. Det vil ikke bli foretatt lydbåndopptak denne gangen. Alle innspill vil bli behandlet konfidensielt og anonymisert i fremstillingen slik det er beskrevet i informasjonsskrivet.

Etter avtale med avdelingssykepleier er tiden satt til **tirsdag 24.04.2007 klokka 13.00**. Vi møtes i det gamle styrerommet der vi var sist. Konferansen vil vare ca. en time.

Det er helt opp til hver enkelt om en ønsker å delta. Skulle det være noen spørsmål kan jeg treffes på telefon ...

Med hilsen

Kopi: Avdelingssykepleier

VEDLEGG 8: INTERVJUGUIDE

INTERVJU - GUIDE

Tittel: Miljøterapi – virksomme elementer i miljøterapi rettet mot behandling av psykoselidelser.

Generelt om intervjuet; anonymitet, gjennomføring, tid, opptak, behandling av data, frivillighet med mer. En viktig avklaring er at jeg er her som forsker, og ikke som leder. Studiet er ikke en evaluering, men et forsøk på å beskrive og begrunne den miljøterapien som gis med siktemål en bedret praksis.

Denne undersøkelsen vil fokusere på sentrale virksomme elementer innenfor miljøterapi rettet mot mennesker med en psykoselidelse, og hvordan miljøterapeuter forstår miljøterapiens bidrag i behandling av psykoselidelser.

Bakgrunnsopplysninger:

Intervju referansenummer

Kjønn

Utdanningsbakgrunn (sykepleier, vernepleier etc. / videreutdanning?)

Antall år i miljøterapi totalt

- relatert til målgruppa

Tema: Psykoselidelse

- ”Mennesker med en psykoselidelse” – kan du fortelle om dine refleksjoner på dette utsagnet?
- hvilke kunnskaper og erfaringer vil du trekke frem som de mest sentrale i forhold til en behandlingstilnærming?

Tema: Miljøterapi

- Hva legger du i begrepet miljøterapi slik det praktiseres i posten du arbeider?
- Hva vil du beskrive som din rolle i dette arbeidet?
- Er det arbeid i miljøet som du ikke vil inkludere i det miljøterapeutisk arbeide?

Tema: Miljøterapi under endrede forutsetninger

Psykiatrisk behandling har endret seg fra en relativt lukket institusjonspsykiatri til en mer åpen og desentralisert psykiatri.

- Hvilke refleksjoner gjør du deg i forhold til miljøterapi rettet mot mennesker med en psykoselidelse på bakgrunn av dette?

Tema: Sentrale verdier i dagens samfunn

- Opplevelse av mening, medvirkning, samarbeid og likeverd er viktige verdier i dagens samfunn. Hvilke refleksjoner gjør du deg rundt disse begrepene relatert til miljøterapi rettet mot psykosefeltet?

Tema: Organisering

- Det miljøterapeutiske arbeidet kan organiseres på ulike måter. Har du noen erfaringer som du vil trekke frem relatert til din kliniske praksis?

Tema: Tverrfaglig behandlingstilnærming

Påstand: ”Alvorlige psykiske lidelser krever en bred faglig tilnærming basert på biologiske, psykologiske og miljøterapeutiske tilnærmingssåter. Slik sett vil en bred tverrfaglig tilnærming gi de beste behandlingsresultatene”.

- Hvilke refleksjoner gjør du deg i forhold til denne påstanden?

Oppsummering av intervjuet ved intervjuer**Eventuelle tilleggskommentarer fra informant**

- oppklaringer og/eller utdypende kommentarer

